T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN PARAMEDİKLER, OLAY YERİNDE, YETİŞKİN VAKALARDA RESÜSİTASYONA BAŞLAMAMA VEYA RESÜSİTASYONU SONLANDIRMA KARARI (ÖLÜM KARARI) VERMEYE HAZIR MI?

Hasan Basri KIZILDAĞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLK VE ACİL YARDIM ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Ahmet AK

KONYA – 2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN PARAMEDİKLER, OLAY YERİNDE, YETİŞKİN VAKALARDA RESÜSİTASYONA BAŞLAMAMA VEYA RESÜSİTASYONU SONLANDIRMA KARARI (ÖLÜM KARARI) VERMEYE HAZIR MI?

Hasan Basri KIZILDAĞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLK VE ACİL YARDIM ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Ahmet AK

KONYA – 2021

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin her aşamasında titiz ve özverili yaklaşımıyla beni yönlendiren, bilgi ve tecrübeleriyle ihtiyaç duyduğum bilimsel desteği her zaman sunan değerli hocam ve tez danışmanım Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet AK'a,

Çalışmalarıma destek veren Sayın Prof. Dr. Ayşegül BAYIR ve Sayın Doç. Dr. Hasan KARA'ya,

Veri toplama aşamasında her türlü kolaylığı gösteren Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliğine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden Ankara 112 Acil Yardım İstasyonlarında görevli olan değerli paramediklere,

Ve son olarak, yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiren eşim Gülçin ÇELİK KIZILDAĞ'a ve aileme sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **i**
SİMGE ve KISALTMALAR ..... **v**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vi**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **viii**
ÖZET ..... **ix**
ABSTRACT ..... **x**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemin Tanımı 4
1.2. Çalışmanın Amacı 5
2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. Paramediklerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları 6
2.2. Paramediklerin Mezuniyet Sonrası Zorunlu Eğitim Programları 7
2.3. Ölüm Kavramı 7
2.4. Kardiyopulmoner Arrest (KPA) 8
2.5. Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) 9
2.6. Kardiopulmoner Resüsitasyonda Etik İlkeler 11
2.6.1. Yararlılık İlkesi 12
2.6.2. Hastaya Zarar Vermeme İlkesi 12
2.6.3. Adalet İlkesi 12
2.6.4. Otonomiye Saygı ilkesi 12
2.6.5. Özerkliğe Saygı İlkesi 13
2.6.6. Yararsızlık İlkesi 13
2.7. Önceden Verilmiş Direktifler 14
2.8. Resüsitasyon Yapmayın Talimatı 14
2.9. Tüm Hastane Dışı Kardiyak Arrestlerde KPR'ye Başlamama 15
2.9.1. Hastane Dışı Kardiyak Arrestte DNAR Talimatları 16
2.9.2 Hastane Dışı Kardiyak Arrestte Yavaş Kodlar (Sözde Resüsitasyon) 16
2.9.3. Hastane Dışı Kardiyak Arestte Önceden Verilmiş Direktifler 16
2.10. Erişkin Hastane Dışı Kardiyak Arrestte KPR'yi Sonlandırma 17
2.10.1. TYD Sisteminde KPR'yi Sonlandırma 17
2.10.2. İYD Sisteminde KPR'yi Sonlandırma 19
2.10.3. Birleşik TYD ve İYD Sisteminde KPR'yi Sonlandırma 20
2.11. KPR Çabalarının Sonlandırılması ve Nakil Gereksinimleri 20
2.12. Aileye Duygusal Destek Sağlanması 21

2.12.1. Devam Eden KPR Süresince Aileye Duygusal Destek Sağlanması 22
2.12.2. KPR Çabalarının Sonlandırılması Sonrası Aileye Duygusal Destek Sağlanması (Kötü Haberin Verilmesi) 22
2.13. Ekstrakorporeal KPR'nin (E-KPR) KPR Sonlandırmaya Etkisi 23
2.14. Organ Bağışının KPR Sonlandırmaya Etkisi 24
3. GEREÇ ve YÖNTEM 25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 25
3.3. Araştırmanın Evreni 25
3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi 25
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 25
3.6. Verilerin Toplanması 26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 26
3.8. Araştırmanın Etiği 26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 27
4. BULGULAR 28
4.1. Araştırma Grubundaki Paramediklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin İstatistiksel Bulgular 28
4.2. Araştırmacı Tarafından Hazırlanmış "Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketine Verilen Cevaplara İlişkin İstatistiksel Bulgular 31
5. TARTIŞMA 51
5.1. Paramediklerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi 51
5.2. Araştırmacı Tarafından Hazırlanmış "Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketine Verilen Cevaplara İlişkin İstatistiksel Bulguların Değerlendirilmesi 53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 58
6.1. SONUÇLAR 58
6.2. ÖNERİLER 60
KAYNAKLAR 61
EKLER 65
Ek-A: SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI 65
Ek-B: ANKARA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİN BELGESİ67
Ek-C: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 69

Ek-D: OLAY YERİNDE YETİŞKİN HASTALARDA, RESÜSİTASYONA BAŞLAMAMA VEYA RESÜSİTASYONU SONLANDIRMA KARARINI VERME YETERLİLİĞİ ANKETİ 70

TURNİTN RAPORU 74

ÖZGEÇMİŞ..... 80

SİMGE ve KISALTMALAR

AABT : Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri

AHA : Amerikan Kalp Derneği

ATT : Acil Tıp Teknisyeni

DNR : Resüsitasyon Yapmayın

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKG : Elektrokardiyografi

E-KPR : Ekstrakorporeal KPR

EOL : End Of Life

ERC : Avrupa Resüsitasyon Konseyi

ILCOR : Uluslararası Resüsitasyon Komitesi

İYD : İleri Yaşam Desteği

KPA : Kardiyopulmoner Arrest

KPR : Kardiyopulmoner Resüsitasyon

NAEMSP : Ulusal Acil Tıp Hekimleri Derneği

OED : Otomatik Eksternal Defibrilatör

OHCA : Hastane Dışı Kardiyak Arrest

RCA : Asya Resüsitasyon Konseyi

SDGD : Spontan Dolaşımın Geri Dönmesi

TOR : Resüsitasyonun Sonlandırılması

TYD : Temel Yaşam Desteği

VF : Ventriküler Fibrilasyon

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Seçilmiş Ülkelere Ait Acil Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması 11

Tablo 2. Dünya'da Acil Tıp Hizmeti Sunan Tekniker/Teknisyen Yetkilerinin Karşılaştırılması 11

Tablo 3. Paramediklerin Sosyo-Demografik Özellik ve Mesleki Deneyimlerinin Dağılımı 28

Tablo 4. Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Kardiyopulmoner Arrest Olan Ortalama Vaka Sayısı İle Sosyo-Demografik Özellik ve Mesleki Deneyimlerin Karşılaştırılması 29

Tablo 5. Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Kesin Ölüm Bulguları Olan Ortalama Vaka Sayısı İle Sosyo-Demografik Özellik Ve Mesleki Deneyimlerin Karşılaştırılması 30

Tablo 6. Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Triaj Kodu "Siyah Kod" Olan Ortalama Vaka Sayısı İle Sosyo-Demografik Özellik ve Mesleki Deneyimlerin Karşılaştırılması 30

Tablo 7. Karşılaşılan KA Vakalarındaki Bulguların Görülme Sıklığının Dağılımı.31

Tablo 8. KA Vakalarında Derhal KPR'ye Başlanması Düşünülen Durumların Dağılımı 33

Tablo 9. KA Vakalarında KPR'ye Uzun Süre Devam Edilmesi Gerektiğine İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı 34

Tablo 10. Ölüm Kararını Vermede Karşılaşılabilecek Güçlüklere İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı 35

Tablo 11. Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevapların Dağılımı 36

Tablo 12. "Ölüm Haberi Sonrasında, Hasta Yakınlarının Vereceği Tepkiyi Düşünürüm'' Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması 37

Tablo 13. "Ölüm Kararı Verme Konusunda Eğitimimin Eksik Olduğunu Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat Ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması 38

Tablo 14. "Karşılaşabileceğim Yasal Sorunları Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması .. 39

Tablo 15. "Ölüm Kararı Verdiğimde Adli-Kolluk Kuvvetlerinin Gelmesini Beklemem Gerekeceğinden Vakayı Hastaneye Taşımayı Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması 40

Tablo 16. "Ölüm Kararını Vermesi İçin Olay Yerine Hekimin Gelmesi Gerektiğini Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması 41

Tablo 17. Ölüm Kararının Yasal Yetki, Görev ve Sorumluluk Olması Tercihi ve Ölüm Haberini Verecek Kişi Seçimleri Dağılımı 42

Tablo 18. Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun, Sosyo-Demografik Özellik ve Paramediklerin Ölüm Kararına İlişkin Tercihlerinin Karşılaştırılması 43

Tablo 19. Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun, Sosyo-Demografik Özellik ve Paramediklerin Ölüm Kararına İlişkin Tercihlerinin Karşılaştırılması 45

Tablo 20. Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Sosyo-Demografik Özellik, Ölüm Kararının Yasal Yetki, Görev ve Sorumluluk Olması Tercihi ve Ölüm Haberini Verecek Kişi Seçimleri ile Karşılaştırılması 46

Tablo 21. Paramediklerin "Ölüm Kararını Hatasız Verebilmek İçin Aşağıdakilerden Hangisinin veya Hangilerinin Daha Gerekli Olduğunu Düşünürsünüz? Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı 47

Tablo 22. "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması 48

Tablo 23. "Paramediklerin Ölüm Kararı Verme Yetkisine Sahip Olması Acil Tıp Sistemine Hangi Katkıları Sağlar?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı ... 48

Tablo 24. "Paramediklerin Ölüm Kararı Verme Yetkisine Sahip Olması Acil Tıp Sistemine Hangi Katkıları Sağlar?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı ile Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılının Karşılaştırılması 49

Tablo 25. "Ölüm Kararı Verme Yetkisiyle İlgili Olarak Kişisel Düşünceniz Aşağıdakilerden Hangisi ya da Hangileridir?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 50

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. TYD Resüsitasyonu Sonlandırma Kuralı 18

Şekil 2. İYD Resüsitasyonu Sonlandırma Kuralı..... 20

Şekil 3. Karşılaşılan KA Vakalarındaki Bulguların Görülme Sıklığının Dağılımı..... 32

Şekil 4. KA Vakalarında Derhal KPR'ye Başlanması Düşünülen Durumların Dağılımı 33

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramedikler, Olay Yerinde, Yetişkin Vakalarda Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararı (Ölüm Kararı) Vermeye Hazır Mı?

Hasan Basri KIZILDAĞ
İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2021

ÖZET

Bu araştırmada paramediklerin olay yerinde yetişkin vakalarda resüsitasyona başlamama veya sonlandırma kararı verme konusundaki bilgi, deneyim ve yaklaşım biçimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında görev yapan 204 paramedik oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu", "Sosyo-Demografik Bilgi Formu" ve araştırmacının hazırlamış olduğu "Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketi" kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan paramediklerin yaşı 30 ve altında olanların oranı %58,3 ve meslekte paramedik olarak çalışma yılı on yıl ve altında olanların oranı %67,6'dır. Katılımcıların çalıştıkları istasyonların konumuna göre %64,2'si merkez, %35,8'i ilçe istasyonlarında görev yapmakta, %59,3'ü evli ve %59,8'i erkektir. Bir yıl içerisinde karşılaşılan; kardiyak arrest olan ortalama vaka sayısı 30 ve altında olanlar %77,9, kesin ölüm bulguları olan ortalama vaka sayısı 10 ve altında olan %50,5, Triaj Kodu "Siyah Kod" olan ortalama vaka sayısı 10 ve altında olan %69,6'dır.

Çalışmada yasal mevzuat ve adli durumlar yönünden yapılan değerlendirmede paramediklerin mevcut mevzuata göre tüm ölüm durumlarında %49,5'i ölüm kararını verebileceğini ifade ederken, gerekli yasal düzenlemeler yapıldığı durumda ölüm kararı verebileceğini belirtenlerin oranı %85,3'e yükselmiştir. "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı mıdır?" sorusuna tamamına yakını (%92,2) "Evet" cevabını verirken, "Adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını sizce kim vermelidir?" sorusuna %53,9'u "Olay Yerini Yöneten Paramedik" cevabını vermiştir. Öte yandan hasta yakınlarına ölüm haberinin verecek kişi seçiminde katılımcıların sadece 57,8'inin paramedik cevabını işaretlemesi dikkat çekicidir. Araştımamızda "Ölüm Kararını Vermede Karşılaşılabilecek Güçlüklere İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı" incelendiğinde "Ölüm Kararı Verme Konusunda Eğitimimin Eksik Olduğunu Düşünürüm" cevabını "Hiçbir Zaman" olarak işaretleyenlerin oranı %50,5'tir. Buna karşın "Ölüm Kararını Hatasız Verebilmek İçin Aşağıdakilerden Hangisinin veya Hangilerinin Daha Gerekli Olduğunu Düşünürsünüz? sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde "Ölüm Sonlandırma Modül Eğitimi" %68,6, "Ölüm Sonlandırma Algoritması" %72,1, "Paramediğin Ölüm Kararındaki Rolünü İçeren Çalıştay ve Sempozyumlar" %77,5 oranlarında tercih edilirken "Adli Ölüm-Olgu Eğitimi" %77,9 ve "Ölüm Kararının Yasal Boyutları Eğitimi" %79,9 ile eğitim bazlı seçeneklerin yüksek oranda tercih edildiği görülmüştür.

Ülkemizde, bilimin ve bilimin önerisiyle sosyokültürel yapının ve etik değerlerin dikkate alındığı uygulanabilir, değerlendirilebilir ve denetlenebilir bir ölüm kararı yasal dayanağına sahip olmak için geniş çaplı akademik ve teknik çalışmalara hızla başlanması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Etik,Kardiyak Arrest, Kardiyopulmoner Resüsitasyon, Ölüm Kararı, Paramedik.

T.R.
SELÇUK UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Is On-Site Paramedics Ready to Decide Not to Begin or End Resuscitation (Death Decision) On-Site, Adult Cases In Pre-Hospital Emergency Health Services?

Hasan Basri KIZILDAG
Department of First and Immediate Aid

MASTER THESIS/KONYA-2021

ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine the knowledge, experience and approach of paramedics to decide not to start or stop resuscitation in adult cases at the scene. The sample of the study consisted of 204 paramedics working in Emergency Health Services Stations affiliated with Chief Physician of Ankara Provincial Ambulance Service / Ankara Provincial Ambulance Service Department. In collecting data; The "Volunteer Information and Consent Form", "Socio-Demographic Information Form" and "The questionnaire on the qualification of making the decision to not starting resuscitation or to end resuscitation in adult aatients at the scene" prepared by the researcher were used.

The proportion of the paramedics participating in the study who are under 30 years of age is 58.3% and who work ten years or less as paramedics in the profession is 67.6%. According to the location of the stations where the participants work, 64.2% are working in the central, 35.8% in the district stations and 59.3% are married and 59.8% are male. Proportion of cases encountered within a year; the average number of cases with cardiac arrest is 30 or less were 77.9%, the average number of cases with definite death findings is 10 and below were 50.5%, the average number of cases with the triage Code "Black" is 10 and below is 69.6%.

In the study, in the assessment made in terms of legal legislation and judicial situations, while the 49.5% of paramedics stated that for all deaths they can make the death decision according to the current legislation, the rate of those who stated that they could make a death decision when the necessary legal regulations were made increased to 85.3%. For the question of "Should making a death decision legally be within the authority, duties and responsibilities of a paramedic?" While almost all of them (92.2%) answered "Yes", and for the question of "Who do you think should make the decision of death in a case with forensic death findings?", 53.9% answered "Paramedic who managing the crime scene". On the other hand, it is noteworthy that only 57.8 of the participants marked the “Paramedic” answer in the selection of the person who would report death to the relatives of the patients. When the "distribution of the answers given for difficulties in making death decision making" is examined in our study, the rate of those who mark the answer "I think my education is incomplete about making death decision" as "Never" is 50.5%. On the other hand, When the answers to the question “Which of the following(s) do you think are more necessary to make a correct death decision?” are examined, "Death Termination Module Training" is 68.6%, "Death termination algorithm" is 72.1%.

In our country, it can be recommended to start large-scale academic and technical studies immediately in order to have a legal basis for a practical, evaluable and auditable death decision with that takes into account the science and sociocultural structure and ethical values with the suggestion of science.

Keywords:Ethics,Cardiac Arrest, Cardiopulmonary Resuscitation, Death Decision,Paramedic.

1. GİRİŞ

Hastane öncesi acil sağlık sistemleri literatürde acil tıp sistemi adıyla yer almakta ve yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarında ilk tıbbi temas noktası olması sebebiyle, Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık sistemlerinin fonksiyonel ve etkin bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Paksoy 2016). Acil tıp sistemleri, mobilize olması, kendine özgü değişkenleri ve sorunlarla mücadele yöntemlerini barındırması nedenleriyle sabit sağlık hizmeti sunumundan farklı ve ayrı bir güç olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri tüm Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de en hızlı büyüyen sağlık hizmet alanı olmuştur (Pakdemirli 2018).

Acil tıp sistemlerinin kendine özgü yapısından kaynaklanan ihtiyaçların karşılanması için ortaya çıkan paramedik mesleği, hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunumunda ana unsur olarak kabul edilebilir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, alışılmış sağlık hizmetinden farklı olarak, her defasında değişken olan olay yerinde acil sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren sağlık profesyonellerine paramedik denilmektedir. Paramediklerin acil tıbbi müdahale ihtiyacını belirleyerek, sınırları çerçevesinde müdahale kararı verme ve hastanın hayati bulgularını stabil hale getirmek için ilaç ve tıbbi cihaz kullanımını olay yerinde başlatıp, hastaneye ulaşıncaya kadar sürdürme görevleri profesyonelliklerini belirlemektedir.

Paramediklerin görevleri hastane öncesi dönemde, yaşamsal fonksiyonların değerlendirilmesi, kontrol altında tutulması, oluşabilecek ikincil hasarların önlenmesi ikincil değerlendirmelerle de varsa altta yatan asıl nedenin tanı ve tedavisi sağlandıktan sonra nakledilmesi olarak ifade edilmiştir (Resmi Gazete 11.05.2000).

Paramediklerin görevleri acil tıbbi yardım çağrısının alınmasıyla başlar, hasta/yaralının en uygun sağlık kuruluşuna teslim edilmesiyle sona erer. Ülkemizde ilk mezunlarını 1995 yılında veren paramedikler, 2004 yılından itibaren kamu alanında çalışmaya başlamışlar ve sonraki yıllarda giderek artan sayılarda hizmet verir hale gelmişlerdir.

Paramediklerden, acil tıp sitemi içindeki rolleri gereği, acil durumu tanıma/doğrulama, zaman baskısı altında hızlı/doğru karar verme ve kararlar doğrultusunda tıbbi girişimde bulunma sorumluluğunu taşımaları beklenmektedir. Olay yerinin değişkenleri nedeniyle, birçok tehlike ve riski değerlendirmek standart

güvenlik prosedürlerinin yanı sıra, olaya özgü çözümler geliştirmek mesleki profesyonellik olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu profesyonelliğin mevcut yasal mevzuata uygun olması gerekmektedir.

Paramedikler hastane dışı kardiyak arrest olgularıyla karşılaştıklarında, karar verme, doğrulama ve uygulama basamaklarını zaman baskısı altında gerçekleştirmektedirler. Dolayısıyla paramedikler KPR'ye başlamama veya sonlandırma kararları ile kaçınılmaz olarak karşı karşıya kalmakta ve bu durum etik ikilemlere neden olmaktadır. Amerikan Kalp Derneği ve Avrupa Resüsitasyon Konseyi gibi kuruluşlar, KPR ile ilgili güncel kılavuzlarında etik konulara yapılan çalışmaların sonuçlarını değerlendirerek eklemeler ve değişiklikler yapmaktadır (Pakdemirli 2018). Hastane öncesinde ölüm kararının verilmesine ilişkin yasal prosedürlerde, bölgesel değişkenlere bağlı olarak farklı düzeylerde kararlar alınmaktadır.

2015 Amerikan Kalp Derneği Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Rehberinde, resüsitasyona başlanmaması için; ciddi yaralanma veya ölümcül tehlikeye maruz kalma riski (bulaşıcı hastalıklar vb), ölüm katılığı, ölü morlukları, dekapitasyon, transeksiyon, dekompozisyon gibi ölümün geri dönüşümsüz klinik belirtileri veya KPR yapılmamasını belirten geçerli bir belge kriterleri sıralanmıştır (Mancini ve ark 2015). Aynı rehberde, zamanı tam olarak bilinmeyen KA vakalarında resüsitasyona başlamama kararı için gerekli kriter olarak kesin ölüm bulgularının oluşmasının gerektiği ifade edilmektedir.

Son güncellemelerde eğer resüsitasyonun sonlandırılması düşünülüyorsa, ileri yaşam desteği uygulanamayacağı durumlarda, kurtarıcıların temel yaşam desteği KPR sonlandırma kuralını uygulaması önerilmektedir. Kapsamlı TYD sağlanan ambulans ile transport kararı öncesi KPR'yi sonlandırmak için KA'nın tanıklı olmaması, spontan solunumun/dolaşımın dönmemesi ve herhangi bir aşamada defibrilasyonun uygulanmamış olması resüsitasyon sonlandırma kararı kriterleri olarak önerilmektedir. İYD sağlanan ambulans ile transport kararı öncesi KPR'yi sonlandırmak için KA'nın tanıklı olmaması, tanıklar tarafından KPR yapılmamış olması, ileri yaşam desteğinin tam uygulanmasına rağmen spontan solunumun/dolaşımın dönmemesi ve AED ile şok verilmemiş olması kriterlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Panchal ve ark 2020).

KPR'ye başlamama veya sonlandırma kriterlerinin olmadığı hastane öncesi acil tıp sistemlerinde, yerel mevzuat dikkate alınarak OHCA vakalarına yönelik KPR uygulaması sırasında erken nakil kriterlerinin düşünülmesi önerilmektedir. Erken nakil kararı, hastaneye olan uzaklık, herhangi bir anda solunum ve/veya dolaşımın dönmüş olması, tanıklı kardiyak arrest, yüksek kalitede TYD uygulanmış olması ve geri döndürülebilir kardiyak arrest öyküsü (ör: toksisite, hipotermi) değişkenlerine göre alınabilir (Mentzelopoulos ve ark 2021).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, başlatılan resüsitasyonun sonlandırılması, acil tıp sisteminin işlevsel ve verimli kullanımı konusu başta olmak üzere farklı yönleriyle ele alınmaktadır. Eylül 2016-Kasım 2017 tarihleri arasında İngiltere'de yapılan bir araştırmada, devam eden KPR ile hastaneye nakledilen 227 hastaya ait sağ kalım oranlarının çok düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların 89'u (%39,2) hastane öncesi resüsitasyon sonlandırma kriterlerine uygun görülmüş ve bunların hiçbiri sağ kalmamıştır. Hastaların 210'u (%92,5) acil serviste hayatını kaybetmiş, 17'si yoğun bakım ünitesine kaldırılmış ancak 3'ü (%1,1) sağ kalmıştır (Yates ve ark 2018).

Dünya genelinde yakın zamana kadar yaygın olarak ölüm kararı verme yetkisi hekimlere verilmiş durumda idi. Japonya'da halen, hastane dışı kardiyak arrest vakalarında resüsitasyonu sonlandırmada sadece hekimlere yasal olarak izin verilmektedir (Inokuchi ve ark 2017). Fakat özellikle Kuzey Amerika ülkelerinde hekim dışı personelin de ölüm kararı verebilmeleri ile ilgili kılavuzlar oluşturulmaya başlanmıştır. ABD'nin Kaliforniya Eyaleti'nde 1970 yılında yürürlüğe giren Paramedik Kanunu ile bir takım hekim yetkileri de verilerek paramedikler için ilk kez görev tanımları oluşturulmuştur. Bu sayede hastane öncesinde uygulanan KPR, Solutma Uygulamaları ve EKG değerlendirme paramedikler için yasal hale getirilmiştir (Delbridge ve ark 1998, Pozner ve ark 2004). Paramediklerin görev tanımları, artan talep, kaynakların verimli kullanımı ve hasta otonomisi gibi birçok nedene bağlı olarak zaman içerisinde bilimsel çalışmaların ve klavuzların önerilerine dayanarak, bazı bölgelerde KPR'yi sonlandırmayı da kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

1.1. Problemin Tanımı

KPR'nin sonlandırılması kararı, bazı ülkelerde paramediklerin, birçok ülkede ise hekimlerin kararına bağlıdır. Ancak her iki grupta, birçok değişkenin bir arada olduğu hastane öncesinde etik ikilemler ile karşı karşıya kalmaktadır ve özellikle son yıllarda bir artış olduğu görülmektedir.

Ülkemizde de ölüm kararının verilmesi ile ilgili sorunlar tartışma konusu olmaktadır. Birçok yönüyle son 15 yılda çok hızlı büyüyen sistemin henüz standartlarının olmaması ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine özgü bir ölüm kararı mevzuatın henüz bulunmaması KPR'ye başlamama veya sonlandırma durumu ile sıkça karşı karşıya kalan çalışanlar için etik ikilemlere neden olmaktadır. Mevcut yasal mevzuat dayanak gösterilerek T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 12.01.2016 tarih ve 39942531 sayılı "Eksitus Kararı" konulu yazısında; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 13'üncü maddesinde "Bir şahsın ahvali bedeniye ve akliyesi hakkında rapor tanzimine münhasıran bu kanunla icrayı sanata salahiyeti olan tabipler mezundur. Türkiye'de icrayı sanat salahiyetini haiz olmayan tabiplerin raporları muteber olamaz" hükmü yer almaktadır. Buna göre, daha önce ölümü gerçekleşmiş ve yetkili hekimlerce ölüm raporu düzenlenmiş durumlar haricinde olay yerinde arrest gelişen vakalara yönlendirilen ambulans ekipleri; hekimli dahi olsalar olay yerinde başlatılan yeniden canlandırma uygulamasına vakit kaybedilmeden hastayı ambulansa alarak hastaneye nakil esnasında devam edecekler ve exitus (ölüm) kararı vererek olay yerinde bırakmayacaklardır. Bu vakalar hastane acil servislerine getirildikten sonra hastane hekimlerince değerlendirilerek resüsitasyon işlemini sonlandırma ve ölüm kararı verilebilecektir" denilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2016). Bu yazıya göre; KA vakalarının tamamı ayrım gözetmeden hastaneye nakledilmesi, hastane öncesi kardiyak arrest vakalarında resüsitasyona başlamama ve/veya sonlandırmanın paramedikler veya ambulans hekimi tarafından yapılmaması, bu kararın acil servis hekimi tarafından verilmesi istenmektedir. Bu durum birçok yönüyle KPR konusunda etik ikilemlerin ülkemizde de sorun olarak karşımıza çıkmakta olduğunu göstermektedir.

KPR'nin sonlandırılması konusunda etik ikilemlerin çözüme kavuşturulması için çalışmalar yapılmaktadır. Her ülkenin kendi sosyal normlarının olması ve yasal

dayanak oluşturma yöntemleri hastane öncesinde ölüm kararının verilmesine ilişkin çözüm üretme çalışmalarında etkilidir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin genel etik ilkeleri ve mesleki etik kurallarla birlikte, uluslararası kabul görmüş kuruluşların KPR kılavuzlarının ve hastane öncesi tedavi protokollerinde belirlenen ilkelerin etkili olduğu gözlenmektedir (Pakdemirli 2018).

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada "Ankara acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan paramediklerin olay yerinde resüsitasyona başlamama veya sonlandırma kararı verme konusundaki bilgi, deneyim ve yaklaşım düzeyi nedir?' sorusuna yanıt aranmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda olay yerinde resüsitasyona başlamama veya sonlandırma kararı verme konularında paramediklerin yeterlilik düzeylerini belirlemek ve bu alandaki eksikliklerin tamamlaması için yol haritası ön görülmesi amaçlanmaktadır.

Yapılan araştırma sonucunda katılımcıların olay yerinde resüsitasyona başlamama veya sonlandırma kararı verme konusundaki bilgi, deneyim ve yaklaşım düzeylerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilecek olan veriler, hastane öncesi acil tıp alanına katkı sağlama açısından büyük öneme sahiptir.

2. GENEL BİLGİLER

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve son değişikliği 2014 yılında yapılan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde yer alan kavramların bazıları aşağıdaki gibidir.

Acil Sağlık Hizmetleri: *Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri.*

Acil Yardım: *Acil sağlık hizmetleri konusunda özel eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbî araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin bütünü.*

Ekip: *Hastaya veya yaralıya gerekli tıbbi müdahalede bulunmak, olay yerinde gerekli tedbirleri almak üzere görevlendirilen; acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık personeli ile şoför.*

Hasta: *Acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişi.*

Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (Paramedik/AABT): *Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'ndaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş kişiler* (Resmi Gazete 11.05.2000).

2.1. Paramediklerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında 29007 sayı ile yayınlanan, Sağlık Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te; paramediklerin intravenöz ve intraossöz girişim yapabilme, acil ilaçları ve sıvıları kullanabilme, endotrakeal entübasyon, krikotirotomi, oksijen uygulaması, EKG değerlendirmesi, defibrilasyon, kardiyoversiyon, external pacemaker vb. elektriksel tedavileri uygulama ve zorunlu hallerde ambulans sürücülüğü yapma gibi görev, yetki ve sorumlulukları net bir şekilde belirlenmiştir. (Resmi Gazete 22.05.2014).

2.2. Paramediklerin Mezuniyet Sonrası Zorunlu Eğitim Programları

Paramedikler Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sertifikalı eğitim programlarını tamamlayarak görevlerini yapabilirler.

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarını belirleyen Tebliğ, AABT'ler için "Ambulans Kullanımı ve Bakımı, Temel Eğitim, Erişkin İleri Yaşam Desteği, Çocuk İleri Yaşam Desteği ve Travma İleri Yaşam Desteği" eğitim programları almasını zorunlu kılmaktadır. Bahsi geçen tebliğ ekinde Hastane Öncesi Acil Tıbbi Yardım ve Bakım Akış Şemaları da yayınlanmıştır.

2.3. Ölüm Kavramı

Ölüme dair yeterli bir bilimsel tanımlama 19. yüzyıl başlarına kadar yapılmamıştır. Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere "Somatik Ölüm" (Vücut Ölümü) tanımını ilk defa tanımlamıştır. Somatik ölüm geri dönüşsüz olarak temel vücut fonksiyonlarının kaybıdır. Temel vücut fonksiyonları, merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım fonksiyonları olarak tanımlanmaktadır. Temel vücut fonksiyonlarından herhangi birinin kaybı, kısa zaman içinde diğerlerinin de kaybına neden olacaktır. Hukuken varsayılan ölüm tanımı Somatik ölüm tanımıdır. Bireyin hukuki varlığı canlı doğması ile başlamakta ve somatik ölüm tanımı ile son bulmaktadır (Koç ve Can 2009).

2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen ölümün belirlenmesine dair toplantıda birtakım önemli kararlar alınmıştır.

- Ölüm anının tanımlanması, ölmüş hastalar üzerinde yapılacak gereksiz tıbbi müdahaleleri önlemek ve organ bağışı sürecinin açık ve şeffaf yürütülebilmesi için önemlidir.
- Ölüm, fizyolojik işlevlerin kesilmesiyle başlayan bir sürecin son olayıdır. Birçok durumda kalp ve solunum fonksiyonlarının geriye döndürülemez şekilde sonlandığının teyit edilmesi ile ölüm oluşur.
- Ölüm oluştuğunda zamanını tanımlamak zor olabilir. Belirlenmesi için eldeki en iyi bilimsel delile başvurulmalıdır ve organ bağışı prosedürleri süreci değiştirmemelidir.

- Ölme şeklinin sayısız yolu olmasına karşın ölü olmanın tek bir yolu vardır. Bu nedenle ölümün belirlenmesinde asgari kriterler, çeşitliliğe saygı duyulmakla birlikte tıbbi uygulamaların dünya genelinde doğru kullanımı için titizlikle belirlenmeli ve uygulanabilir olmalıdır.
- Kamunun güvenini sağlamak, temel insan haklarına saygı duymak, kaliteli sağlık hizmeti sunumunu geliştirmek ve etik uygulamaları teşvik etmek için ölüm tayininde klinik ölçütlerin belirlenmesinde uluslararası bir konsensüs oluşturmak büyük önem taşımaktadır.

2.4. Kardiyopulmoner Arrest (KPA)

Kardiyopulmoner arrest (KPA); solunumun ve kalp atım aktivitesinin durmasıdır (Kouwenhoven ve ark 1960). Kardiopulmoner arrest klasik olarak bilinç kaybı, apne ve nabzın alınamaması üçlemesi ile görülmektedir (Nolan ve ark 2010). Başka bir tanımlama ile spontan solunum ve dolaşımın ani olarak kesilmesidir (Kouwenhoven ve ark 1960, Kirimli 1966). 2015 AHA kılavuzuna göre, kurban yanıtsız ise veya normal solunum yoksa yüksek ihtimalle kardiyak arrest vakasıdır.

Ülkemizde ölüm sayısı 2018 yılında 426 bin 449 iken 2019 yılında 435 bin 941 kişiye yükselmiştir. Ölenlerin %54,6'sını erkekler, %45,4'ünü kadınlardır. Bin kişi başına düşen ölüm sayısını ifade eden kaba ölüm hızı, 2018 yılında binde 5,2 iken 2019 yılında binde 5,3 olmuştur. Türkiye'nin kaba ölüm hızı Avrupa Birliği üyesi 28 ülkenin kaba ölüm hızlarından daha düşük olduğu görülmüştür. Avrupa Birliği üyesi 28 ülkenin kaba ölüm hızları incelendiğinde, 2018 yılında en yüksek kaba ölüm hızına sahip olan ülkenin binde 15,4 ile Bulgaristan, en düşük kaba ölüm hızına sahip olan ülkenin ise binde 6,4 ile İrlanda olduğu görülmektedir (TÜİK 2019).

Amerika'da önde gelen ölüm nedenlerinden birisi de ani kardiyak arresttir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 382,800 erişkin Hastane Dışı Kardiyak Arrest (OHCA) vakası görülmektedir (Roger ve ark 2012). Hastane dışında gerçekleşen kardiyak arrest (OHCA) vakalarının %70'i evde gerçekleşmektedir. Tüm bu vakaların %50'si ise tanıksız olarak gerçekleşmiştir (CARES 2014).

Hastane dışı kardiyak arrest vakalarında hayatta kalma oranı hastane öncesi acil sağlık hizmetlerindeki tüm gelişmelere rağmen %0,2 ile %23 arasındadır (Davies

ve ark 2005, Dunne ve ark 2007). Uluslararası verilerde bu oran %6,4 ortalama ile rapor edilmiştir (Nichol ve ark 1999).

2.5. Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR)

Yitirilen solunum ve kalp fonksiyonlarının spontan varlığı ve devamlılığını sağlamak üzere yeniden kazandırma çabaları olarak tanımlanabilir (Kouwenhoven ve ark 1960). Kapsamlı bir tanımla resüsitasyon; etkili göğüs kompresyonları, açık ve sürdürülebilir bir havayolu sağlanması, kardiyopulmoner arreste neden olmuş etken faktörlerin belirlenmesi, elektriksel tedaviler (defibrilasyon, kardiyoversiyon pacemaker uygulaması) ilaç uygulamaları, resüsitasyon sonrası yeniden değerlendirme ve nakil sürecini barındıran işlemlerdir (Harris ve ark 1967).

İlk KPR denemelerinin binlerce yıl öncesine dayandığı bilinmektedir. 3500 yıl önce eski Mısır'da ölüm anında yapılan bazı uygulamalarla hastalar yaşama döndürülmeye çalışılmıştır. İnversiyon (ters çevirme) metodu kullanılarak uygulanan bu yöntemle yaşama dönmenin gerçekleştiği belirtilmektedir. Uygulanan İnversiyon yöntemi ile eğer hasta yabancı bir cisim aspire etmişse, yutulan materyal çıkarılarak hasta yaşama döndürülmüş olabilir. Milattan önce, İlyas (Elijah) Peygamber'in ölmüş bir çocuğun ağzına ağzını yerleştirip üfleyerek çocuğu yaşama döndürdüğü eski ahitte ifade edilmektedir. Suni solunum olarak yorumlanabilecek bu uygulamada ilk resüsitasyon çabalarından biri olarak değerlendirilebilir (Grunfeld 1992).

Modern resüsitasyonun gelişimine kadar arrest olan hastayı bir fıçı üzerinde yuvarlama, ısıtma, soğutma, binek hayvan üzerine bindirip koşturma, ağız veya rektumdan körük yardımıyla sıcak hava verme, baş aşağı tavana asarak sallandırma gibi pek çok tekniğin denendiği bilinmektedir (Cardiopulmonary Resuscitation 1966).

1960 yılında Modern resüsitasyonun temellerini Kouwenhoven ve arkadaşları tarafından atılmıştır. Günümüze kadar 60 yılı aşan bu sürede verimli ve etkili resüsitasyonun yapılabilmesi ve spontan dolaşımın geri dönüşünün (SDGD) sağlanması amacıyla benzer çalışmaların yapılmış olduğu görülmektedir (Nolan ve ark 2010). Amerikan Kalp Derneği (AHA), KPR konusundaki ilk tedavi kılavuzunu 1966 yılında yayınlanmıştır (Cardiopulmonary Resuscitation 1966).

1993 yılında Uluslararası Bağlantılı Resüsitasyon Komitesi (ILCOR) kurulmuştur (Şener ve Yaylacı 2010). ILCOR'un görevi KPR ile ilişkili uluslararası bilgileri değerlendirmek, belirlemek ve tedavi yöntemleri ile ilgili ortak kararlar doğrultusunda önerilerde bulunmaktır.

Dünyada hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumunda birçok değişkene bağlı olarak farklı hizmet modellerinin olduğu görülmektedir. Bu hizmet modelleri Anglo-Amerikan ve Franko-German modeli olarak bilinmektedir. Anglo-Amerikan modelinde temel uygulama prosedürlerinin ardından ileri tıbbi yardımı alabilmesi için erken dönemde hızlı bir biçimde hastaneye taşınması hedeflenmektedir.

Franko-German modelinde hastane imkanlarını mümkün olduğunca olay yerine hekimlerin ve ileri teknolojinin sahaya taşınmaktadır. Bu iki ana hizmet modeli dışında karma model uygulamaları da göze çarpmaktadır. Ülkelerin benimsediği acil sağlık hizmeti modeli, KPR uygulamalarının sınırlarının değişmesine neden olmaktadır.

Anglo-Amerikan modelinde hekim dışı yetkilendirilmiş sağlık personeli olarak görev alan ATT ve paramedikler, mesleki gelişimlerine göre kademeli olarak basit hasta transportundan, alanda ileri tedaviye kadar ilerlemektedir. Acil sağlık hizmeti sunumunun yaygınlaşması için personelin eğitim durumuna paralel olarak yetkilerini kullanabileceği ambulanslardaki çeşitlilik de bu modelde dikkat çekmektedir. Temel yaşam desteği ambulansı ve ileri yaşam desteği ambulansı iki temel ayrım olarak karşımıza çıkmakta ve KPR önerileri uluslararası kılavuzlarda bu durum dikkate alınarak yazılmaktadır.

Seçilmiş ülkelere ait hizmet modeli seçimleri ve Ambulans çeşitliliğine ait karşılaştırması Tablo 1'de, Dünya'da acil tıp hizmeti sunan ATT, yetkilendirilmiş ATT ve Paramediklerin KPA tedavisi konusunda yetkilerinin karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir (Paksoy 2016).

Tablo 1: Seçilmiş Ülkelere Ait Acil Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Ülke	Anglo-Amerikan Modeli	Franko-German Modeli	Temel Yaşam Desteği	İleri Yaşam Desteği
Kanada	Evet	Hayır	Evet	Evet
Çin	Hayır	Kısmen	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Almanya	Hayır	Kısmen	Evet	Evet
Yunanistan	Hayır	Evet	Evet	Evet
Hong Kong	Evet	Hayır	Evet	Evet
Litvanya	Hayır	Evet	Evet	Evet
Portekiz	Hayır	Evet	Evet	Evet
G. Afrika	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Evet	Evet
Umman	Evet	Hayır	Evet	Evet
Taiwan	Evet	Hayır	Evet	Evet
İngiltere	Evet	Hayır	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Boston	Evet	Hayır	Evet	Evet
New York	Evet	Hayır	Evet	Evet
Seattle	Evet	Hayır	Evet	Evet

Tablo 2: Dünya'da Acil Tıp Hizmeti Sunan Tekniker/Teknisyen Yetkilerinin Karşılaştırılması

Tedavi Konusu	Acil Tıp Teknisyeni	Yetkilendirilmiş ATT	Paramedik
Kardiyak Arrest	CPR, Havayolu Yönetimi, Manuel Ventilasyon, Otomatik Eksternal Debirilasyon.	Entübasyon Dahil Dinamik Resüsitasyon, Antiaritmikler Dahil İlaç Yönetimi, EKG Uygulama (3 Kanallı), Yarı-Otomatik veya Manuel Defibrilasyon, Kardioversiyon ve Eksternal Kardiyak Pacing	Geniş İlaç Terapi Opsiyonu, EKG Uygulama (12 Kanallı), Manuel Defibrilasyon, Mekanik ve Kimyasal Kardiyoversiyon

2.6. Kardiopulmoner Resüsitasyonda Etik İlkeler

KPR kararı zor ve ağır sorumlulukları getirir. Hukuki sorumluluğu yanında etik ve manevi değerler açısından oldukça yıpratıcı olabilmektedir. Tüm sağlık çalışanları gibi paramedikler de KPR ihtiyacı içinde olanlarla ilgilenirken etik, yasal

ve kültürel faktörleri göz önünde tutmaları gerekmektedir. Resüsitasyon kararında rol almak zorunda kalan sağlık çalışanları bilim, hastanın kendisi veya vekil tercihleri, yerel politika ve yasal gereklilikler ile yönlendirilmelidirler. Acil kardiyovasküler bakım sağlama veya bakımı bırakma kararında rol alan sağlık çalışanlarına fayda sağlaması amacıyla uluslararası kılavuzlar geliştirilmiş ve etik ilkeler belirtilmiştir. ERC 2015 kılavuzunda KPR'nin temel ilkeleri hastanın otonomisi ilkesi, yararlılık ilkesi, zarar vermeme ilkesi ve adalet-adil erişim ilkesi başlıkları altında tanımlanırken, AHA 2010 kılavuzunda ise söz konusu temel ilkeler, özerkliğe saygı ve yararsızlık ilkesi başlıkları altında yer almıştır.

2.6.1. Yararlılık İlkesi

Bu ilke Hipokrat'ın "Yardım et veya en azından zarar verme" görüşüne dayanmaktadır. Genel olarak insan yaşamı ve sağlığının kutsal oluşu nedeni ile, başarı ihtimali ne kadar düşük olsa da yaşamı tehdit edici durumlarda standart bir uygulama skalası takip edilmelidir. Standart uygulamadan kasıt ise dünya ülkeleri ve ülkemiz tarafından resmi şekilde genel kabul görmüş KPR protokolleridir.

2.6.2. Hastaya Zarar Vermeme İlkesi

Bu ilkede temel amaç, kar ve zarar muhasebesini iyi bir şekilde yaptıktan sonra hastaya müdahalenin yapılmasıdır. Hastaya uygulanacak tedavide bilimsel kaynaklardan ve kanıta dayalı kılavuzlardan faydalanılır.

2.6.3. Adalet İlkesi

Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişinin sosyal durumu ne olursa olsun, ayrım gözetmeksizin eşit şekilde dağıtılması adalet ilkesinin yegâne amacıdır. Dünya ülkelerinin genelinde, KPR gerektiren vakalar için yüksek teknolojiye sahip sağlık hizmeti her bireye eşit seviyede sunulmakta ve bunun karşılığında herhangi bir fiyatlandırma yapılmamaktadır.

2.6.4. Otonomiye Saygı ilkesi

Hastanın tercihlerine ve kendi inanç ve değer sistemlerine göre vermiş olduğu kararlara saygı duymak olarak tanımlanmıştır. AHA tarafından 2010 yılında

yayınlanan kılavuzda özerkliğe saygı ilkesi ve yararsızlık ilkesi olmak üzere iki temel ilke üzerinde durulmaktadır

2.6.5. Özerkliğe Saygı İlkesi

Hukuki olarak yetişkinlerin karar verme yetisine sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu durum kısıtlı olmadıkları veya mahkeme tarafından yetersiz ilan edilmedikleri sürece devam eder. Bu yetkinliğe sahip toplumun saygın bir kişisi olarak kendi sağlığı konusunda kararlar verebilmesine olan saygı, özerkliğe saygı ilkesini doğurmuştur. Özerkliğe saygı ilkesi tıp etiği ve yasasında önemli bir sosyal değer olarak görülmektedir. Kişi sağlığı ile ilgili alternatifleri öğrenebilmeli, değerleri çerçevesinde düşünebilmeli ve kararını verebilmelidir.

Gerçek anlamda bilinçli kararlar verilebilmesi için hizmet sunucusu ve hasta arasında güçlü bir ilişki ve sağlıklı iletişim gerekmektedir. Hatta sürecin en doğru şekilde yürütülebilmesi için üç aşamadan oluşan anlama, teyit etme ve karar verme süreci önerilmektedir (Simon 2007). Özerkliğe saygı ilkesi hastanın tercihlerine ve kendi inanç ve değer sistemlerine göre vermiş olduğu kararlara saygı duymak olarak özetlenebilir. Ancak KA vakalarında çoğu zaman hasta ile iletişim kurulamadığından bu ilkeye uygun hareket etmek oldukça zordur (Bossaert ve ark 2015).

KA vakalarında, hastane öncesinde özerkliğe saygı ilkesinin uygulanabilirliği önceden verilen direktifler aracılığıyla mümkün olabilmektedir. Önceden verilen direktifler yalnızca resüsitasyon uygulamalarının istenmemesi değildir.

2.6.6. Yararsızlık İlkesi

Tıbbi bir tedavinin başarıya ulaşmaması, yararsızlık olarak kabul edilmektedir. Yararsız bir tedavi için en iyi örnek başın gövdeden ayrılması, ölüm katılığı, çürüme gibi geri döndürülmesi mümkün olmayan ölümün objektif belirtilerine sahip bir hastaya KPR çabasında bulunulmasıdır. Diğer yandan objektif ölüm belirtileri olmayan hastanın kardiyak arrest durumunda geri döndürülemez beyin hasarı veya beyin ölümü gibi durumlar, güvenilir bir şekilde değerlendirilemez veya öngörülemez. Belirsiz durumlarda, yaşama ihtimali, hastanın tercihleri ve beklenen klinik seyir ile ilgili daha fazla bilgi toplanana kadar bir tedavi denemesi

başlatılması önerilmektedir (Morrison ve ark 2010). Resüsitasyona başlamama veya resüsitasyonu sonlandırma etik olarak eşit kabul edilebilir.

2.7. Önceden Verilmiş Direktifler

Amerika'da 1990 yılında çıkartılan ve hastanın kendi kaderini tayin etmesi yasası'na dayanan, yasal bağlayıcılığı olan bir belgedir. Bu yasa ile hastalar kişinin tedavi kararını veremeyeceği gelecekte, almak istediği tedavi koşullarını veya almak istemediği tedavileri önceden sağlık kuruluşlarına bildirebilmektedirler.

Vasiyet, kişinin tedavi kararını veremeyeceği gelecekte, almak istediği tedavi koşullarını veya almak istemediği tedavileri önceden belirttiği yazılı belgedir.

Yerine vekil seçmek, kişinin gelecekte karar verme yetisini kaybetmesi ihtimaline karşı, almak istediği veya istemediği tedavileri belirlemesi için seçmiş olduğu kişidir.

2.8. Resüsitasyon Yapmayın Talimatı

Bu talimat hasta, ailesi veya vekil olan karar verici ile hastanın resüsitasyon ile ilgili istek ve taleplerini içerecek şekilde belgelendirilmesi olarak tanımlanabilir.

1983 yılında ABD Başkanlık Tıpta Etik Sorunları İnceleme Komisyonu'nca DNR (Resüsitasyon Yapmayın) talimatı, "Akut bir kardiyak veya respiratuvar bir hastalık ortaya çıktığında hiçbir kardiyopulmoner resüsitasyon girişiminde bulunulmayacaktır" olarak tanımlanmıştır (Baskett ve ark 2008). "Resüsitasyon Girişiminde Bulunmayınız" (DNAR), "Kardiyopulmoner Resüsitasyon Girişiminde Bulunmayınız" (DNACPR) veya "Doğal Ölüme İzin Veriniz" (AND) gibi terimlerde tutarsızlık bulunmaktadır. Kısaltmaların bu kafa karıştırıcı kullanımı ulusal mevzuat ve yargıda yanlış anlaşılmalara neden olabilir (Johnston ve Liddle 2007).

Bazı ülkeler KPR'yi yapmamak için olası kararlara izin verirken diğer ülkeler veya dinlerde KPR'nin yapılmamasına izin verilmez veya illegal olarak kabul edilmektedir (Salkić ve Zwick 2012).

Bir takım acil durumlarda KPR uygulansa da ve uygulanmasa da kesin sonucun ölüm olacağı öngörülebilir. Böyle durumlarda "Resüsitasyon Yapma" talimatının tam karşılığı Türk hukukunda yer almamakla birlikte bu talimat

"Ötanazi" olarak değerlendirilmektedir. Ötanazi bahsinde geçen ve özellikle DNR uygulamasının pasif ötanazi kapsamına gireceği ve muhtemel cezai uygulamaların da bu doğrultuda olacağı düşünülmektedir. Resüsitasyon yapmayın talimatını uygulayan bir hekim pasif ötanazi yapan bir hekim ile aynı guruba girecektir ve hukuki sorumlulukları da benzer olacaktır (Baştürk 2003).

2.9. Tüm Hastane Dışı Kardiyak Arrestlerde KPR'ye Başlamama

Halktan kurtarıcılar ve sağlık profesyonelleri için temel yaşam desteği eğitimi, izin aramadan hemen KPR'a başlamayı teşvik etmektedir. Gerekçesi ise herhangi bir nedenle gecikmenin yaşanması durumunda yaşama şansının büyük oranda azalmasıdır. Tüm hastane dışı kardiyak arrestlerde, durumu tespit eden potansiyel kurtarıcı olabilecek uygulayıcıların derhal KPR'ye başlamaları önerilmektedir (Sansoy ve ark 2011). Bu öneriye dayanarak hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde sıkça kardiyak arrest ile karşı karşıya kalan paramediklerin KPR'ye başlamaları önerilmektedir. Tüm hastane dışı kardiyak arrest durumunda resüsitasyona başlamama kararı için istisnai durumlar bulunmaktadır.

KPR uygulamanın kurtarıcıyı ciddi yaralanma veya ölümcül tehlike riskine atacağı durumlar: Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde tüm kurtarıcıların, acil durumların tümüne güvenlik içinde, herhangi bir tehlike unsuru olmadan müdahalede bulunmaları beklenmektedir. Olay yeri güvenliği öncelikle kurtarıcıların her tür acil durumun müdahalesine başlamadan önce ilk şart olarak aranmalıdır. Aksi halde hem kurtarıcıların hem de kurbanların hayatları tehdit altında olabilir. Olay yeri güvenliğinin sağlanamadığı KPR uygulamanın kurtarıcıyı ciddi yaralanma veya bulaşıcı hastalıklar gibi ölümcül tehlike riskine atacağı durumlarda KPR'ye başlanmamalıdır.

Geri çevrilemez ölümün açık klinik belirtileri: Tıbbi bir tedavinin başarıya ulaşmaması yararsız olarak kabul edilmektedir. Ölüm katılığı ve morluğu, başın kesik olması, vücutta büyük ve yaşamla bağdaşmayan kesikler ve çürüme gibi geri döndürülmesi mümkün olmayan ölümün objektif belirtilerinin varlığında KPR çabasında bulunulmamalıdır.

Resüsitasyonun istenmediğine dair geçerli, önceden verilmiş direktif veya bir DNAR talimatı: İmzalı ve tarihli belge varlığında, herhangi şüpheli bir duruma

mahal vermeyen KPA durumunda KPR ye başlanmayabilir. Ancak öncesinde yasal olarak kabul edilmiş olması gerektiği unutulmamalıdır.

2.9.1. Hastane Dışı Kardiyak Arrestte DNAR Talimatları

DNAR belgelendirmesi herhangi bir form ile olabilir. Yatak başı hasta dosyası içindeki belge, kimlik kartları ve/veya medikal bilgi bileklikleri olarak veya yasal olarak kabul edilmiş yazılı dokümanlar örnek olabilir. Sosyal hayat göz önüne alındığında DNAR belgesi taşınmaya uygundur ve kişinin üzerinde taşıması önerilir (Payne ve Thornlow 2008).

Bazı acil sağlık sistemlerinde genişletilen DNAR protokolüne göre paramedikler, bir doktorun takibinde olan, ölümcül hastalığı olan ve ailenin resüsitasyon yapılmamasını talep ettiği kardiyak arrestli hastalara bakım vermemektedir. Uygulamadan sonra, resüsitasyon yapılmayan hastaların sayısı yılda 45'ten 99'a çıkmıştır. Bu yaklaşımın geçerliliğini desteklemek için henüz yeterli kanıt bulunmamaktadır (Farber ve ark 2006).

2.9.2 Hastane Dışı Kardiyak Arrestte Yavaş Kodlar (Sözde Resüsitasyon)

Sözde resüsitasyon olarak da isimlendirilen bu uygulama, bilerek etkisiz resüsitatif çabalar gösterme, gecikmiş veya yanıltıcı çabalar olarak tanımlanabilir. Hastane öncesi "Yavaş Kod" uygulamasının, DNAR ve resüsitasyon sonlandırma protokollerinin olmadığı toplumlarda paramedikler tarafından %27 oranında uygulandığı görülmektedir (Sherbino ve ark 2000).

Etik ilkelere bağlı olarak çalışması beklenen sağlık çalışanlarının çevredekileri veya hasta yakınlarını yanıltmak üzere KPR yapıyormuş gibi kozmetik işlemler gerçekleştirmesi uygun görülmemektedir. Yavaş kod öncelikle sağlık çalışanlarının etik bütünlüğünü çelişkiye düşürmekte, yanlış izlenim yaratmakta ve kurtarıcı-hasta ilişkisini sarsabilmektedir.

2.9.3. Hastane Dışı Kardiyak Arrestte Önceden Verilmiş Direktifler

Önceden verilmiş direktifler DNAR talimatını içermeyebilir. Ölümcül hastalık nedeniyle kardiyak arrest yakın gelecekte beklenen duruma dönüşmüş olabilir. Bu durumda hastaların yazılı olarak önceden verilmiş direktifleri olabilir.

Önceden verilen direktiflerin ve DNAR protokollerinin yasal kabul edildiği ülkelerde dahi hastane dışı kardiyak arrest durumunda paramediklerin DNAR talimatına karşı yapacaklarını içeren protokoller farklılık göstermektedir. Bu nedenle önceden verilmiş direktiflere dair belgenin güvenilirliği, hastanın fikrini değiştirmiş olması ve olay yeri şartları nedeniyle bu bilgilere açıkça erişilemiyorsa KPR'ye başlanması önerilmektedir.

Başlangıçta şüpheli olan durumun netleşmesi ile yasal olarak kabul gören DNAR talimatına resüsitasyona başladıktan sonra ulaşılmışsa, paramedikler bu durumu içeren protokoller çerçevesinde KPR'yi bırakabilir. Önceden verilmiş direktiflerin ve DNAR protokollerinin hastane öncesi şartlar göz önüne alınarak hazırlanmış olması uygulanabilirliğini artırmaktadır.

2.10. Erişkin Hastane Dışı Kardiyak Arrestte KPR'yi Sonlandırma

Halktan kurtarıcıların ve kısıtlı eğitim almış hastane öncesi acil sağlık personelinin KA durumunda başlattığı TYD ve acil sağlık sistemlerinin farklılıkları nedeniyle ortaya çıkan ambulans hizmeti çeşitliliği (TYD ambulansı, İYD Ambulansı) KPR'nin sonlandırılması kriterlerinin farklı algoritmalar ile işlenmesine neden olmuştur.

2.10.1. TYD Sisteminde KPR'yi Sonlandırma

Hastane dışı kardiyak arrest geliştiğinde TYD uygulamaları, halktan kurtarıcılar veya kısıtlı eğitim almış hastane öncesi acil sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmektedir. Tüm TYD uygulayıcıları için erişkin hastane dışı kardiyak arrestte aşağıdakilerden biri oluşuncaya kadar resüsitasyona devam etmesi önerilmektedir.

- Etkili, spontan dolaşımın yeniden sağlanması,
- İleri yaşam desteği sağlayan bir ekibe bakımın devredilmesi,
- Tükenmişlik yüzünden kurtarıcının devam edememesi,
- Tehlikeli çevresel risklerin varlığı veya resüsitatif çabaların devamının başkalarını tehlikeye sokması
- Geri çevrilemez ölümün olduğuna dair güvenilir ve geçerli kriterlerin varlığı,

- Açık ölümün kriterlerinin tanımlanması veya resüsitasyon sonlandırılması için kriterlerin gerçekleşmesi.

TYD KPR'yi Sonlandırma Kuralı:

Hastane dışı kardiyak arrest vakalarında halktan kurtarıcılardan farklı olarak, acil sağlık çalışanlarının resüsitasyonu sonlandırılması için bir dizi güvenilir ve geçerli kriterlerdir. Ambulans ekipleri yetişkin hastaların hastane dışı kardiyak arrest durumunda TYD resüsitasyon sonlandırma kuralı üç kriterin değerlendirilmesini içerir. Resüsitasyonu sonlandırma kararını almayı düşünmek için bu üç kriterin tümünün mevcut olması gerekir.

1. Arreste ATS (Acil tıp sistemi) personeli veya ilk yardımcının tanık olmaması
2. Üç tam KPR döngüsünden sonra ve otomatik eksternal defibrilator (OED) analizinden sonra spontan dolaşım geri dönüşünün (SDGD) olmaması ve
3. OED şoku verilmemesidir.



Şekil 1: TYD Resüsitasyonu Sonlandırma Kuralı

Yetişkin kardiyak arrest hastalar için, İleri yaşam desteğinin mevcut olmadığı veya gecikebileceği bölgelerde, TYD kurtarıcıları tarafından resüsitasyonlar gerçekleştirilmektedir. Resüsitasyon çabalarını sonlandırılmasını sağlayacak protokoller geliştirmek için, TYD sonlandırma kuralını kullanmaları önerilmektedir. TYD resüsitasyon sonlandırma kuralı, kardiyak arrestte muhtemel kurtulabilecek hastaları etkilemeden, hastaneye nakil oranını %37 oranında düşürebilir. Bu kuralın değiştirilerek kullanılması durumunda güvenilirliği ve geçerliliği belirsizdir. TYD

Resüsitasyonu Sonlandırma Kuralı ‘Resüsitasyonu sonlandırmayı düşünün’ seçeneğini önerdiğinde gerçek zamanlı olarak tıbbi kontrol mekanizmasını sağlayan merkez ile iletişime girilmelidir.

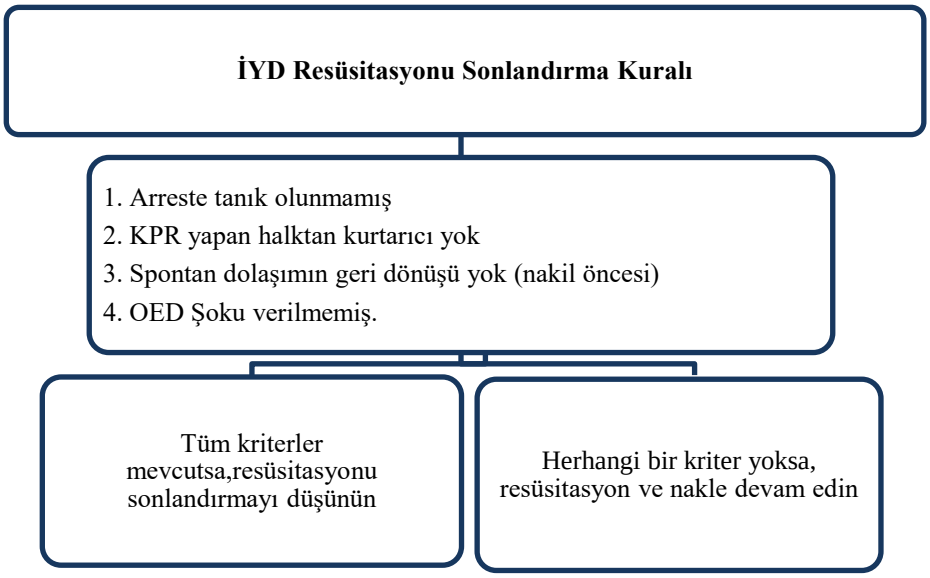
2.10.2. İYD Sisteminde KPR’yi Sonlandırma

Erişkin hastanın KA durumunda resüsitasyonu sonlandırmak için İYD sağlanması mümkün olduğunda, daha fazla tanısal imkana sahip olunduğundan farklı kriterterlerin kullanılması gerekebilir. NAEMSP tarafından en az 20 dakikalık İYD bakımına cevap vermeyen hastalarda resüsitasyon çabalarının sonlandırılabileceği önerilmektedir (Bailey ve ark 2000).

İYD sisteminde resüsitasyonun sonlandırılması kuralının, İYD’nin ulaştığı her yerde uygulanabilmesi öngörülmektedir. Diğer bir deyişle ATS’nin sağladığı İYD’nin kurbana kırsal veya kentsel alanda ulaşmasına göre değişiklik göstermez (Morrison ve ark 2007). İYD ile resüsistasyon çabaları devam ederken ambulansla nakli başlatmadan önce 4 temel kriteri içeren “İYD Resüsitasyonu Sonlandırma Kriterleri” resüsitasyonu sonlandırmada yardımcı olabilir. Bunlar;

1. KPA’ya tanık olunmamış olması,
2. KPR yapan halktan kurtarıcı olmaması,
3. Alanda tam İYD bakımından sonra SDGD sağlanamamış olması,
4. OED şoku verilmemiş olmasıdır.

İYD sunan ambulans ekipleri tarafından “Resüsitasyonu Sonlandırma Kriterleri”, ABD, Kanada ve Avrupa’nın çeşitli bölgelerinde yetişkin hastalar için geriye dönük olarak doğrulanmıştır (Sasson ve ark 2008, Skrifvars ve ark 2010).



Şekil 2: İYD Resüsitasyonu Sonlandırma Kuralı

2.10.3. Birleşik TYD ve İYD Sisteminde KPR'yi Sonlandırma

Resüsitasyon gereksinimi olan bir hastaya çağrı alındığında en yakındaki BLS ambulans hizmeti öncelikli olarak yönlendirilerek sonrasında İYD ambulans ve/veya acil sağlık araçlarının destek sağladığı bu sistem, birleşik TYD ve İYD sistemi olarak tanımlanabilir. Bu amaçla birrleşik TYD ve İYD sistemi, ambulans hizmetlerinin verimli kullanılması hedeflenilerek basamaklı bir hizmet olarak sunuluyor olabilir. Bazı ATS'lerde yetişmiş personel ve ekipman eksikliği nedeniyle kıymetli bir hizmet olan hastane öncesi İYD ambulans hizmetlerinin sayısı daha azdır. Basamaklı bir TYD ve İYD ambulans sisteminde evrensel bir kuralın kullanımı, teşhisin doğruluğunu bozmadan karışıklığı önlemek için TYD resüsitasyonu sonlandırma kuralının kullanımı makul kabul edilmektedir (Morrison ve ark 2010).

2.11. KPR Çabalarının Sonlandırılması ve Nakil Gereksinimleri

Hastane öncesinde KPR'nin sonlandırılması, hastaneye gereksiz kabul edilen nakillerin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Gereksiz kabul edilen nakillerin, önerilen iki kural dizisinden TYD kurallları ile %60'ının ve İYD kuralları ile %40'ının azaldığı görülmektedir (Morrison ve ark 2009).

KPR gereksinimi olan bir hasta için alınan çağrının hemen ardından gerçekleşen operasyonda, ambulansın olay yerine ulaşması, olay yerinde yapılan

müdahaleler ve olay yerinden hastaneye nakli içeren potansiyel bir durum söz konusudur. Birçok değişken bu sürecin uygulamalarını düşünülenden çok daha tehlikeli hale getirebilir.

Yapılan çalışmalar hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının, farklı mesleksel risk faktörleri ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir (Yenal ve Ergör 2013). Ambulans kazaları ile yaralanma, iğne batması ve sıvı teması ile bulaşan hastalıklar, taşımaya bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları ve hasta ya da yakınlarından kaynaklanan şiddet, ambulans çalışanlarının başlıca mesleksel risk etmenleri arasında sıralanmaktadır (Gershon ve ark 1995).

Hastane öncesinde KPR'yi sonlandırma çalışmalarında mesleksel risklerin değerlendirildiğinde, ATS çalışanlarını, hastayı ve kamuyu riske atan trafik kazalarının, dikkatsizlik sonucu potansiyel biyolojik tehlikelere maruz kalma oranının ve hastane öncesine göre yüksek maliyetli acil servis harcamalarının azaldığı belirtilmektedir (Auerbach ve ark 1987, Olasveengen ve ark 2008).

Olay yerinin hastane şartlarından farklı olarak birçok değişkeninin olabileceği bilinmektedir. KPR gereksinimi olan hastanın bulunduğu yer, resüsitasyona ara verilerek taşıma planının yapılmasında en önemli etken olabilir. Bu operasyonun süresi kritik müdahale gereksinimi olan hasta için hayati öneme sahip hale dönüşebilir. Olay yerinden ambulansa ve ambulans ile hastaneye nakil aşamalarında etkin resüsitasyon girişimlerinin yapılması mümkün olmayabilir. Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada, "KPR kalitesi nakil sırasında bozulmaktadır ve yaşam kurtarma hastaneye ulaşmak için acele etmektense olay yerinde bakımın optimize edilmesi ile ilgilidir" denilmektedir (Chung ve ark 2010).

2.12. Aileye Duygusal Destek Sağlanması

KPR girişimlerinin hastane öncesinde yapılması, bulunulan ortamın etkisiyle birleşerek aile için yıkıcı olabilir. Kurbanın kurtulma beklentisinin düşük olduğu, agresif KPR müdaheleleri aile için duygusal açıdan son derece yıpratıcı olabilir. Bu nedenle resüsitasyon devam ederken ve/veya sonlandırıldığında aileye duygusal destek sağlanması ve uygun normlarda bilgilendirme yapılması son derece önemlidir.

2.12.1. Devam Eden KPR Süresince Aileye Duygusal Destek Sağlanması

Aile bireylerinin devam eden KPR sırasında müdahaleleri izlemesi paramedikler için potansiyel olarak endişe kaynağı oluşturabilir. Bu endişenin gerekçeleri; aile bireylerinin sözlü veya fiziki olarak rahatsız edici olma potansiyeli, KPR girişimlerine müdahale etme olasılıkları, senkop gelişme ihtimali ve mesleki sorumluluğun artan yasal baskısı olabilir. Ancak bunlar literatürde bildirilmemiştir.

Geçmişte endişeler nedeniyle KPR sırasında aile üyelerinin bulunmasına izin verilmemiştir. Ancak araştırmalar sağlık çalışanlarının, KPR sırasında aile bireylerinin bulunması hakkında değişik görüşler olduğunu göstermektedir (Compton ve ark 2006). Hastane öncesinde ve ailenin tanıklığında yapılan 570 KPR uygulanan vakayı inceleyen bir çalışmada, gerekli girişimleri ve hastaların hayatta kalma oranlarını etkilemedeği; KPR uygulayan sağlık ekiplerinde duygusal stres seviyesini ve yasal sorunlarla karşılaşma oranlarını artırmadığı tespit edilmiştir (Jabre ve ark 2013). Birçok çalışma aile üyelerinin KPR esnasında şahitlik etmek istediğini, kurbanın son anlarında yanında olarak veda etmeyi rahatlatıcı bulduğunu bildirmektedir (Boyd 2000).

Ayrıca KPR'ye şahitlik eden aile bireylerinin pozitif reaksiyonu, yakınlarının ölümünü kabullenmeye yardımcı olması açısından bu katılımı ihtiyaç halinde tekrar yaşamak istemeleri, kurbana az da olsa yardımcı olduklarını hissetmeleri ve acılarının hafiflediğini belirtmeleri dikkat çekmektedir (Barratt ve Wallis 1998).

Aile bireylerinin devam eden KPR süresince aynı ortamda bulunması, girişimlerine engel olmadığı ve hasta yakınları açısından fayda sağladığı kabul edilebilir olduğundan makul ve makbul görülebilir (Morrison ve ark 2010). KPR uygulayan ekip üyelerine, devam eden KPR boyunca, aile bireylerinin şahitliğine hassasiyetle yaklaşması, sorularını yanıtlamak ve karmaşık bilgileri açıklığa kavuşturmak için çaba sarf etmesi önerilmektedir (Eichhorn ve ark 1996).

2.12.2. KPR Çabalarının Sonlandırılması Sonrası Aileye Duygusal Destek Sağlanması (Kötü Haberin Verilmesi)

Aileye KPR başlanmayan veya sonlandırılan kurbanın ölümünü bildirmek önemlidir. Bilgilendirme öncesinde ailenin sosyokültürel yapısı, dini inançları, ölüm

hakkındaki düşünceleri ve ölüm anı veya öncesinde yaşananlar nedeniyle suçluluk duygusu hissedebilecekleri gibi birçok etkenin göz önüne alınması gerekmektedir (Mancini ve ark 2015). Ölüm haberini verme, bu yönüyle ayrı bir iletişim profesyonelliği gerektirir. Bu karmaşık durumlar ve ideal iletişim ortamının kurulması, hastane öncesi değişkenler nedeniyle güçlük doğurabilir.

Ambulans personelinin, ölüm haberini vermek ve aile ile iletişim kurmak için gereken beceriler konusunda endişe duyduğu bilinmektedir. Bu durum hazırlıksız olma, haber veren olmaktan kaçınma ve yoğun strese neden olması ile ilişkilidir. Ambulans personelinin, haberi veren olmaktan kaçınarak olay yerinden uzaklaşmayı başa çıkma mekanizması olarak kullandığı değerlendirilmektedir. Ek olarak ambulans personeli, ölüm haberi verme konusunda, aile ile etkileşimden veya empati yapmanın sonuçlarından kaçınmak için KPR yapma ve nakletme davranışlarına odaklanmaktadır. Resüsitasyonu sonlandırma konusundaki müdahalesi yasal mevzuata uygun olan personelin kaçınma davranışı tüm yönleriyle değerlendirilmelidir (Anderson ve ark 2019).

2.13. Ekstrakorporeal KPR'nin (E-KPR) KPR Sonlandırmaya Etkisi

Elektif kardiyak cerrahi operasyonlarında kullanılan konvansiyonel ekstrakorporeal kardiyopulmoner bypassın, kardiyak arrest gelişen ve konvansiyonel yöntemlerle yapılan kardiyopulmoner resüsitasyona yanıt alınamayan durumlarda acil olarak uygulanması yöntemi E-KPR olarak tanımlanmaktadır. Hastane öncesinde, süreci geleneksel KPR ile eşzamanlı başlatılan E-KPR, kardiyak arrest sonrası sonuçları iyileştirme yaklaşımıdır. E-KPR'nin uygulanabilir bir yöntem olduğunu, sağkalımı ve organ bağışı oranlarını artırdığını savunan çalışmalar mevcuttur. Ancak ATS'lerin birçoğu için E-KPR'nin uygulanması güçtür. Yaygın kullanım için personel yetiştirilmesi, uygun hasta seçimi ve nakli için ayrıntılı protokollere ihtiyaç duyulması belirlenen güçlüklerdir. Güçlüklere rağmen, hastane öncesi E-KPR, KA hastalarının klinik sonuçlarını gözle görülür oranda yükseltme potansiyeli taşımaktadır (Mentzelopoulos ve ark 2021).

E-KPR resüsitasyonun sonlandırılması kriterlerinde değişikliğe gidilmesini gerektirebilir. E-KPR'nin rutin kullanımı, teknolojik gelişmeler, hasta seçimi, fayda maliyet oranları ve bölgesel uygulama prosedürleri ileriye dönük olarak incelenerek değerlendirilebilir.

2.14. Organ Bağışının KPR Sonlandırmaya Etkisi

Birçok KA durumunun ciddi nörolojik hasar nedeniyle yaşandığı bilinmektedir. Bu yönüyle KA vakaları, önemli bir organ bağışçısı kaynağı olarak kabul edilebilir. Tüm organ bağışı kaynaklarının yönetimi üç basamakta gerçekleşmektedir. Bunlar, beyin ölümü sonrası, KA sonrasında kontrollü ve kontrolsüz organ bağışı olarak tanımlanmaktadır (Mentzelopoulos ve ark 2021).

Beyin Ölümü Sonrası Organ Bağışı: Hastane şartlarında ileri tetkikler ile beyin ölümünün gerçekleştiği tespit edilen, ancak dolaşımını spontan olarak sağlayan hastalar planlı bir şekilde organ bağışı kaynağını oluşturmaktadır.

KA Sonrası Dolaşım Ölümünde Kontrollü Organ Bağışı: KA sonrası dolaşım ölümünün gerçekleştiği tespit edilen ancak E-KPR gibi kesintisiz dolaşım desteği verilen hastalarda tedavinin kontrollü olarak geri çekilmesiyle organ bağışının gerçekleşmesidir. Hastane öncesi KPR uygulayıcılarının girişimlerine dahil olmaya başlayan E-KPR nedeniyle bu organ bağışı kaynağı yönetimi doğrudan ve/veya dolaylı olarak hastane öncesi resüsitasyonu sonlandırma ile ilişkilendirilebileceği değerlendirilmektedir.

KA Sonrası Dolaşım Ölümünde Kontrolsüz Organ Bağışı: KA sonrası yapılan KPR'nin başarısız olduğu SDGD sağlanamayan hastalarda yapılan organ bağışıdır. Hastane öncesiyle doğrudan ilişkili kabul edilebilecek olan bu organ bağışı kaynak yönetimi etik ikilemleri beraberinde getirir. Sürecin özeti, ani gelişen KA'nın hemen ardından başlatılan KPR ve uygulanan KPR'nin başarısızlığı durumda hastanın organ bağışçısı olarak değerlendirilmesi olarak ifade edilebilir. Organ canlılığını korumanın doğası gereği, zaman yönetimi son derece önemlidir. Böyle bir değerlendirmenin yapılabildiği ATS'ler için, aile bilgilendirmesi öncesinde organ koruma süreçlerinin başlatılması ve E-KPR uygunluğu ile birlikte kontrolsüz bağış adayı olan hasta profilinin çakışması durumunda kontrolsüz bağış prosedürünün uygulanması önerilmektedir (Mentzelopoulos ve ark 2021).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırmada "Ankara acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan paramediklerin olay yerinde yetişkin vakalarda resüsitasyona başlamama veya sonlandırma kararı verme konusundaki bilgi, deneyim ve yaklaşım biçimlerinin belirlenmesi için kesitsel tarama yöntemi kullanılmış olup; elde edilen bulgular doğrultusunda paramediklerin yeterlilik düzeylerinin değerlendirilerek bu alandaki eksikliklerin tamamlaması için önerilerde bulunulması ve araştırma sonucunda elde edilecek veriler ile hastane öncesi acil tıp bilimine ve acil tıp sistemine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmamız Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı 112 ASHİ'lerde görevli olan paramedikler ile yapılmıştır. Araştırmaya ait veriler etik kurul onayı ve kurum izninin alınmasından sonra toplanmıştır. Verilerin toplanması için, araştırmaya gönüllü olarak katılan paramediklere yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni için, Eylül-Kasım 2020 tarihleri arasında Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak 112 acil yardım istasyonlarında görev yapan 558 paramedik belirlenmiştir.

3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Örneklem seçiminde; Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak sahada aktif görev yapan paramedikler içerisinden çalışmaya katılmayı kabul eden 204 paramedik bu tez araştırmasına dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Bu araştırmada verilerin toplanmasında; "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu", "Sosyo-Demografik Bilgi Formu" ve araştırmacının hazırlamış olduğu "Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketi" kullanılmıştır.

"Bilgilendirilmiş Onam Formu" ve "Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketi" sosyo-demografik özellikleri, eğitim ve mesleki deneyim durumlarını sorgulayan ve katılımcıların karşılaştığı kardiyopulmoner arrest vaka sayısı, gözlemledikleri kesin ölüm bulguları, ölüm kararı vermede karşılaşılabilecek güçlükler, yasal durum ve paramediklerin ölüm kararı verme yetkisine sahip olmasının acil tıp sistemine sağlayacağı katkıları ölçmeyi amaçlayan 20 sorudan oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Örneklem kapsamındaki paramedikler, Eylül 2020 ile Kasım 2020 tarihleri arasında araştırmanın içeriği konusunda bilgilendirilmiş, sözlü onayları alınmış, yüz yüze anket yöntemi uygulanarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve araştırmacının bilgi toplama ve kaydetme işlemleri için hazırladığı ve bir kodlama sistemi uyguladığı 20 sorudan oluşan Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketini cevaplandırmaları sağlanmıştır. Bu çalşımaya toplam 204 paramedik katılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Paramediklere ait tanımlayıcı değerler frekans ve yüzde olarak verilmiş; kategorik yapıdaki değerler çapraz tablolar ile gösterilmiş, karşılaştırılmalarında Ki-Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p=0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etiği

1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.12.2018 tarihli ve 2018/424 karar sayılı izin alınmıştır (Bkz. EK-A).

2. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 07.07.2020 tarihli 75252626-771 sayılı karar yazısı ile yazılı izin belgesi alınmıştır (Bkz. EK-B).

3. Araştırma kapsamındaki paramediklerin bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile

onamları alınmış, çalışmaya kendi rızaları ile katılmaları sağlanmıştır (Bkz. EK-C).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma, Eylül 2020 – Kasım 2020 tarihleri arasında Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı 112 acil yardım ambulanslarında görevli paramedikler ile sınırlıdır.

2. Araştırma, araştırma için belirlenen yöntem ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Paramediklerin, olay yerinde yetişkin vakalarda resüsitasyona başlamama veya sonlandırma kararı verme konusundaki bilgi, deneyim ve yaklaşım yöntemlerinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada örneklem grubuna ait betimleyici bulgular ve araştırmanın amaçlarına yönelik bulgular iki farklı başlık altında düzenlenmiştir. Bu başlıklar;

4.1. Araştırma Grubundaki Paramediklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin İstatistiksel Bulgular.

4.2. Araştırmacı Tarafından Hazırlanmış "Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketine Verilen Cevaplara İlişkin İstatistiksel Bulgular.

4.1. Araştırma Grubundaki Paramediklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin İstatistiksel Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan paramediklerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki deneyimlerini tanımlayan istatistiksel bulgular yer almaktadır.

Tablo 3: Paramediklerin Sosyo-Demografik Özellik ve Mesleki Deneyimlerinin Dağılımı

Özellikler		Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Yaş	≤30 Yaş	119	(%58,3)
	>30 Yaş	85	(%41,7)
Cinsiyet	Erkek	122	(%59,8)
	Kadın	82	(%40,2)
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	73	(%35,8)
	Merkez	131	(%64,2)
Medeni Durum	Bekar	83	(%40,7)
	Evli	121	(%59,3)
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	138	(%67,6)
	>10 Yıl	66	(%32,4)
Bir Yıl İçerisinde Karşılan Ortalama KA Vaka Sayısı	≤30	159	(%77,9)
	>30	45	(%22,1)
Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Ortalama Kesin Ölüm Bulguları Olan Vaka Sayısı	≤10	103	(%50,5)
	>10	101	(%49,5)
Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Ortalama Triaj Kodu "Siyah Kod" Olan Vaka Sayısı	≤10	142	(%69,6)
	>10	62	(%30,4)

Tablo 3'ün verilerine göre araştırmaya katılan 30 yaş altındaki paramediklerin oranı %58,3, 30 yaşın üzerindekilerin oranı ise %41,7'dir. Paramediklerin %40,2'si kadın, %59,8'i erkek personeldir. Araştırmaya katılan paramediklerin %64,2'si merkez, %35,8'i ilçelerde görev yapmaktadır; %40,7'si bekar, %59,3'ü evlidir. Meslekte paramedik olarak çalışma yılı incelendiğinde paramediklerin %67,6'sı 10 yıl ve altında; %32,4'ü 10 yıl üzeri mesleki kıdeme sahiptir.

Bir yıl içerisinde karşılaşılan; KA olan ortalama vaka sayısı 30 ve altında olanlar %77,9, 30'un üzerinde olanlar %22,1; bir yıl içerisinde karşılaşılan kesin ölüm bulguları olan ortalama vaka sayısı 10 ve altında olan %50,5, 10'un üzerinde olan %49,5; bir yıl içerisinde karşılaşılan Triaj Kodu "Siyah Kod" olan ortalama vaka sayısı 10 ve altında olan %69,6, 10'un üzerinde olan %30,4 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4: Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Kardiyopulmoner Arrest Olan Ortalama Vaka Sayısı İle Sosyo-Demografik Özellik ve Mesleki Deneyimlerin Karşılaştırılması

Özellikler		**≤30 (n=159)**	**>30 (n=45)**	**P***
Yaş	≤30 Yaş	95 (%59,7)	24 (%53,3)	0,549
	>30 Yaş	64 (%40,3)	21 (%46,7)	
Cinsiyet	Erkek	97 (%61,0)	25 (%55,6)	0,627
	Kadın	62 (%39,0)	20 (%44,4)	
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	65 (%40,9)	8 (%17,8)	**0,007**
	Merkez	94 (%59,1)	37 (%82,2)	
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	111 (%69,8)	27 (%60,0)	0,288
	>10 Yıl	48 (%30,2)	18 (%40,0)	

*: Chi Square Test

Tablo 4'te bir yıl içerisinde karşılaşılan Kardiyopulmoner Arrest Olan ortalama vaka sayısına göre yapılan karşılaştırmalarda; yaş, cinsiyet ve meslekte paramedik olarak çalışma yılı değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), çalışılan istasyonun konumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), merkezi konumdaki istasyonlarda çalışanların 30'dan fazla arrest vaka görme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 5: Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Kesin Ölüm Bulguları Olan Ortalama Vaka Sayısı İle Sosyo-Demografik Özellik Ve Mesleki Deneyimlerin Karşılaştırılması

Özellikler		≤10 (n=103)	>10 (n=101)	P*
Yaş	≤30 Yaş	61 (%59,2)	58 (%57,4)	0,795
	>30 Yaş	42 (%40,8)	43 (%42,6)	
Cinsiyet	Erkek	60 (%58,3)	62 (%61,4)	0,648
	Kadın	43 (%41,7)	39 (%38,6)	
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	50 (%48,5)	23 (%22,8)	**0,000**
	Merkez	53 (%51,5)	78 (%77,2)	
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	73 (%70,9)	65 (%64,4)	0,320
	>10 Yıl	30 (%29,1)	36 (%35,6)	

*: Chi Square Test

Tablo 5'te bir yıl içerisinde karşılaşılan kesin ölüm bulguları olan ortalama vaka sayısına göre yapılan karşılaştırmalarda; yaş, cinsiyet ve meslekte paramedik olarak çalışma yılı değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), çalışılan istasyonun konumu değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), merkezi konumdaki istasyonlarda çalışanların 10'dan fazla kesin ölüm bulgusu olan vaka ile karşılaşma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 6: Bir Yıl İçerisinde Karşılaşılan Triaj Kodu "Siyah Kod" Olan Ortalama Vaka Sayısı İle Sosyo-Demografik Özellik ve Mesleki Deneyimlerin Karşılaştırılması

Özellikler		≤10 (n=142)	>10 (n=62)	P*
Yaş	≤30 Yaş	88 (%62,0)	31 (%50,0)	0,111
	>30 Yaş	54 (%38,0)	31 (%50,0)	
Cinsiyet	Erkek	85 (%59,9)	37 (%59,7)	1,000
	Kadın	57 (%40,1)	25 (%40,3)	
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	62 (%43,7)	11 (%17,7)	**0,001**
	Merkez	80 (%56,3)	51 (%82,3)	
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	103 (%72,5)	35 (%56,5)	**0,036**
	>10 Yıl	39 (%27,5)	27 (%43,5)	

*: Chi Square Test

Tablo 6'da bir yıl içerisinde karşılaşılan triaj kodu "Siyah Kod" olan ortalama vaka sayısına göre yapılan karşılaştırmalarda; yaş ve cinsiyet değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), çalışılan istasyonun konumu ve meslekte paramedik olarak çalışma yılı değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), merkezi konumdaki istasyonlarda çalışanların

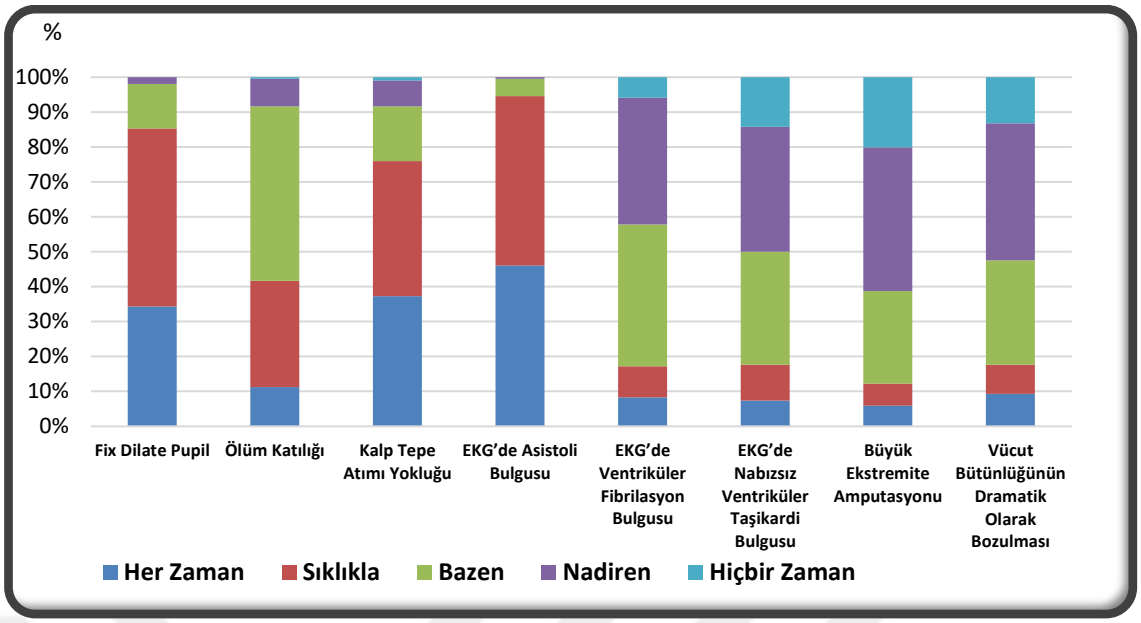
10’dan fazla triaj kodu “Siyah Kod” olan vaka ile karşılaşma oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenirken, meslekte paramedik olarak çalışma yılı 10 yılın üzerinde olanların 10’dan fazla triaj kodu “Siyah Kod” olan vaka ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

4.2. Araştırmacı Tarafından Hazırlanmış “Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketine Verilen Cevaplara İlişkin İstatistiksel Bulgular

Bu bölümde uygulunan Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketi’ne verilerin cevapların değerlendirmesi ve karşılaştırmaları yapılarak istatistiksel bulgular elde edilmiştir.

Tablo 7: Karşılaşılan KA Vakalarındaki Bulguların Görülme Sıklığının Dağılımı

Özellikler	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Fix Dilate Pupil	70 (%34,3)	104 (%51,0)	26 (%12,7)	4 (%2,0)	--
Ölüm Katılığı	23 (%11,3)	62 (%30,4)	102 (%50,0)	16 (%7,8)	1 (%0,5)
Kalp Tepe Atımı Yokluğu	76 (%37,3)	79 (%38,7)	32 (%15,7)	15 (%7,4)	2 (%1,0)
EKG’de Asistoli Bulgusu	94 (%46,1)	99 (%48,5)	10 (%4,9)	1 (%0,5)	--
EKG’de Ventriküler Fibrilasyon Bulgusu	17 (%8,3)	18 (%8,8)	83 (%40,7)	74 (%36,3)	12 (%5,9)
EKG’de Nabızsız Ventriküler Taşikardi Bulgusu	15 (%7,4)	21 (%10,3)	66 (%32,4)	73 (%35,8)	29 (%14,2)
Büyük Ekstremite Amputasyonu	12 (%5,9)	13 (%6,4)	54 (%26,5)	84 (%41,2)	41 (%20,1)
Vücut Bütünlüğünün Dramatik Olarak Bozulması	19 (%9,3)	17 (%8,3)	61 (%29,9)	80 (%39,2)	27 (%13,2)

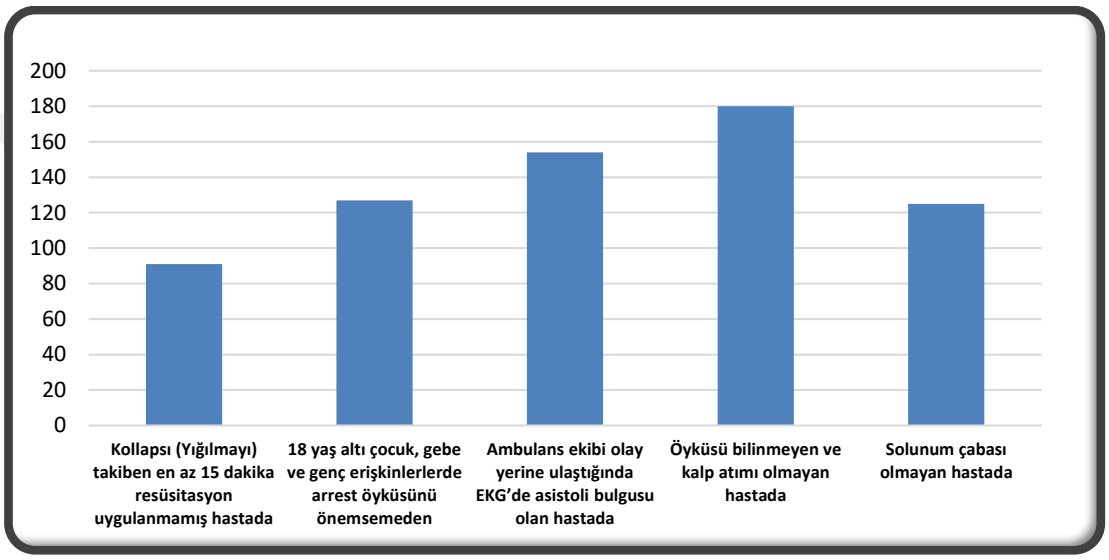


Şekil 3: Karşılaşılan KA Vakalarındaki Bulguların Görülme Sıklığının Dağılımı

Tablo 7 ve Şekil 3'te Karşılaşılan KA Vakalarındaki Bulguların Görülme Sıklığının Dağılımı incelenmiş; fix dilate pupil bulgusu için; %34,3'ü her zaman, %51'i sıklıkla %12,7 bazen ve %2'si nadiren işaretlerken, hiçbir zaman şıkkını işaretleyen olmamıştır. Ölüm katılığı bulgusu için; %11,3'ü her zaman, %30,4'ü sıklıkla, %50'si bazen, %7,8'i nadiren ve %0,5'i hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir. Kalp tepe atımı yokluğu bulgusu için; %37,3'ü her zaman, %38,7'si sıklıkla, %15,7'si bazen, %7,4'ü nadiren ve %1'i hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir. EKG'de Asistoli Bulgusu için; %46,1'i her zaman, %48,5'i sıklıkla, %4,9'u bazen, %0,5'i nadiren işaretlerken hiçbirzve %1'i işaretlerken, hiçbir zaman şıkkını işaretleyen olmamıştır. EKG'de Ventriküler Fibrilasyon Bulgusu için; %8,3'ü her zaman, %8,8'i sıklıkla, %40,7'si bazen, %36,3'ü nadiren ve %5,9'u hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir. EKG'de Nabızsız Ventriküler Taşikardi Bulgusu için; %7,4'ü her zaman, %10,3'ü sıklıkla, %32,4'ü bazen, %35,8'i nadiren ve %14,2'si hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir. Büyük Ekstremite Amputasyonu Bulgusu için; %5,9'u her zaman, %6,4'ü sıklıkla, %26,5'i bazen, %41,2'si nadiren ve %20,1'i hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir. Vücut Bütünlüğünün Dramatik Olarak Bozulması Bulgusu için; %9,3'ü her zaman, %8,3'ü sıklıkla, %29,9'u bazen, %39,2'si nadiren ve %13,2'si hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir.

Tablo 8: KA Vakalarında Derhal KPR'ye Başlanması Düşünülen Durumların Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Kollapsı Takiben En Az 15 Dakika Resüsitasyon Uygulanmamış Hastada	91	44,6
18 Yaş Altı Çocuk, Gebe ve Genç Erişkinlerlerde Arrest Öyküsünü Önemsemeden	127	62,3
Ambulans Ekibi Olay Yerine Ulaştığında EKG'de Asistoli Bulgusu Olan Hastada	154	75,5
Öyküsü Bilinmeyen ve Kalp Atımı Olmayan Hastada	180	88,2
Solunum Çabası Olmayan Hastada	125	61,3



Şekil 4: KA Vakalarında Derhal KPR'ye Başlanması Düşünülen Durumların Dağılımı

Tablo 8 ve Şekil 4'te katılımcıların KA vakalarında derhal KPR başlanması düşünülen durumlara ilişkin cevaplarının dağılımı incelenmiş, "Kollapsı (Yığılmayı) takiben en az 15 dakika resüsitasyon uygulanmamış hastada" cevabını %44,6'sı (n=91), "18 yaş altı çocuk, gebe ve genç erişkinlerlerde arrest öyküsünü önemsemeden" cevabını %62,3'ü (n=127), "Ambulans ekibi olay yerine ulaştığında EKG'de asistoli bulgusu olan hastada" cevabını %75,5'i (n=154), "Öyküsü bilinmeyen ve kalp atımı olmayan hastada" cevabını %88,2'si (n= 180), "Solunum çabası olmayan hastada" cevabını %61,3'ü (n=125) işaretlediği görülmüştür.

Tablo 9: KA Vakalarında KPR'ye Uzun Süre Devam Edilmesi Gerektiğine İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Özellikler	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Suda Boğulma Arrest Vakalarında	176 (%86,3)	24 (%11,8)	4 (%2,0)	--	--
Hipotermi Arrest Vakalarında	172 (%84,3)	25 (%12,3)	6 (%2,9)	1 (%0,5)	--
Zehirlenmeler/Aşırı Doz Kimyasal Madde Alımında Arrest Vakalarda	100 (%49,0)	59 (%28,9)	29 (%14,2)	11 (%5,4)	5 (%2,5)
18 Yaş Altında Çocuk Arrest Vakalarında	171 (%83,8)	25 (%12,3)	4 (%2,0)	3 (%1,5)	1 (%0,5)
Gebe Arrest Vakalarda	158 (%77,5)	39 (%19,1)	7 (%3,4)	--	--
Yenidoğan Arrest Vakalarda	175 (%85,8)	24 (%11,8)	4 (%2,0)	1 (%0,5)	--
KA Durumuna Şahit Olunduğunda	176 (%86,3)	25 (%12,3)	3 (%1,5)	--	--

Tablo 9'da katılımcıların KA vakalarında KPR'ye uzun süre devam edilmesi gerektiğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı incelenmiştir; "Suda Boğulma Arrest Vakalarında" %86,3'ü her zaman, %11,8'i sıklıkla, %2'si bazen cevabını verirken, nadiren ve hiçbir zaman şıkkını işaretleyen olmamıştır. "Hipotermi Arrest Vakalarında" %84,3'ü her zaman, %12,3'ü sıklıkla %2,9'u bazen ve %0,5'i nadiren işaretlerken, hiçbir zaman şıkkını işaretleyen olmamıştır. "Zehirlenmeler/Aşırı Doz Kimyasal Madde Alımında Arrest Vakalarında" %49'u her zaman, %28,9'u sıklıkla, %14,2'si bazen, %5,4'ü nadiren ve %2,5'i hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir. "18 Yaş Altında Çocuk Arrest Vakalarında" %83,8'i her zaman, %12,3'ü sıklıkla, %2'si bazen, %1,5'i nadiren ve %0,5'i hiçbir zaman şıkkını işaretlemiştir. "Gebe Arrest Vakalarında" %77,5'i her zaman, %19,1'i sıklıkla, %3,4'ü bazen cevabını verirken, nadiren ve hiçbir zaman şıkkını işaretleyen olmamıştır. "Yenidoğan Arrest Vakalarında" %85,8'i her zaman, %11,8'i sıklıkla %2'si bazen ve %0,5'i nadiren işaretlerken, hiçbir zaman şıkkını işaretleyen olmamıştır. "KA Durumuna Şahit Olunduğunda" %86,3'ü her zaman, %12,3'ü sıklıkla, %1,5'i bazen cevabını verirken, nadiren ve hiçbir zaman şıkkını işaretleyen olmamıştır.

Tablo 10: Ölüm Kararını Vermede Karşılaşılabilecek Güçlüklere İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Özellikler	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Ölüm haberi sonrasında, hasta yakınlarının vereceği tepkiyi düşünürüm	71 (%34,8)	70 (%34,3)	34 (%16,7)	20 (%9,8)	9 (%4,4)
Ölüm kararı verme konusunda eğitimimin eksik olduğunu düşünürüm	11 (%5,4)	13 (%6,4)	33 (%16,2)	44 (%21,6)	103 (%50,5)
Karşılaşabileceğim yasal sorunları düşünürüm	74 (%36,3)	48 (%23,5)	31 (%15,2)	40 (%19,6)	11 (%5,4)
Ölüm kararı verdiğimde adli-kolluk kuvvetlerinin gelmesini beklemem gerekeceğinden vakayı hastaneye taşımayı düşünürüm	16 (%7,8)	28 (%13,7)	44 (%21,6)	54 (%26,5)	62 (%30,4)
Ölüm kararını vermesi için olay yerine hekimin gelmesi gerektiğini düşünürüm	35 (%17,2)	20 (%9,8)	31 (%15,2)	37 (%18,1)	81 (%39,7)

Tablo 10'da katılımcıların "Ölüm Kararını Vermede Karşılaşılabilecek Güçlüklere İlişkin" verdikleri cevapların dağılımı incelenmiştir; "Ölüm haberi sonrasında, hasta yakınlarının vereceği tepkiyi düşünürüm" cevabını %34,8'i her zaman, %34,3'ü sıklıkla, %16,7'si bazen, %9,8'i nadiren ve %4,4'ü hiçbir zaman olarak işaretlemişlerdir. "Ölüm kararı verme konusunda eğitimimin eksik olduğunu düşünürüm" cevabını %5,4'ü her zaman, %6,4'ü sıklıkla, %16,2'si bazen, %21,6'sı nadiren ve %50,5'i hiçbir zaman olarak işaretlemişlerdir. "Karşılaşabileceğim yasal sorunları düşünürüm" cevabını %36,3'ü her zaman, %23,5'i sıklıkla, %15,2'si bazen, %19,6'sı nadiren ve %5,4'ü hiçbir zaman olarak işaretlemişlerdir. "Ölüm kararı verdiğimde adli-kolluk kuvvetlerinin gelmesini beklemem gerekeceğinden vakayı hastaneye taşımayı düşünürüm" cevabını %7,8'i her zaman, %13,7'si sıklıkla, %21,6'sı bazen, %26,5'i nadiren ve %30,4'ü hiçbir zaman olarak işaretlemişlerdir. "Ölüm kararını vermesi için olay yerine hekimin gelmesi gerektiğini düşünürüm" cevabını %17,2'si her zaman, %9,8'i sıklıkla, %15,2'si bazen, %18,1'i nadiren ve %39,7'si hiçbir zaman olarak işaretlemişlerdir.

Tablo 11: Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevapların Dağılımı

Özellikler	Cevap	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	101	49,5
	Hayır	103	50,5
Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	174	85,3
	Hayır	30	14,7
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Olay Yerini Yöneten Paramedik	110	53,9
	Olay Yerine Yönlendirilen Doktor	50	24,5
	Adli Tıp Doktoru	27	13,2
	Savcı	17	8,3

Tablo 11'de yasal mevzuat ve adli durumlar yönünden verilen cevapların dağılımı incelenmiş "mevcut mevzuata göre tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden veririm" durumuna %49,5'i Evet işaretlerken (n=101), %50,5'i Hayır cevabını (n=103) işaretlemiştir. "Gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden veririm" durumunu ise % 85,3'ü Evet (n=174), %14,7 si Hayır (n=30) işaretlemiştir. "Adli Ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını sizce kim vermelidir?" sorusuna seçenek olarak sunulan dört cevap arasındaki dağılım, Olay yerini yöneten paramedik cevabı için %53,9'u (n=110) ve diğer üç seçenek için toplamda %46,1(n=94) olmuştur.

Tablo 12: "Ölüm Haberi Sonrasında, Hasta Yakınlarının Vereceği Tepkiyi Düşünürüm'' Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması

Özellikler	Cevap	Her Zaman ve Sıklıkla (n=141)	Bazen ve Nadiren (n=54)	Hiçbir Zaman (n=9)	P*
Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	71 (%50,4)	23 (%42,6)	7 (%77,8)	0,139
	Hayır	70 (%49,6)	31 (%57,4)	2 (%22,2)	
Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	120 (%85,1)	46 (%85,2)	8 (%88,9)	0,953
	Hayır	21 (%14,9)	8 (%14,8)	1 (%11,1)	
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Diğer	66 (%46,8)	26 (%48,1)	2 (%22,2)	0,335
	Paramedik	75 (%53,2)	28 (%51,9)	7 (%77,8)	

*: Chi Square Test

Tablo 12'de Ölüm kararını vermede karşılaşılabilecek güçlüklere ilişkin "Ölüm haberi sonrasında, hasta yakınlarının vereceği tepkiyi düşünürüm" cevabının mevcut mevzuat ve gerekli yasal düzenlemelere göre ölüm kararı verme tercihleri, ayrıca adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi cevapları ile karşılaştırılması yapılmıştır. Mevcut mevzuata göre tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumu, gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumu ve adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 13: "Ölüm Kararı Verme Konusunda Eğitimimin Eksik Olduğunu Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat Ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması

Özellikler	Cevap	Her Zaman ve Sıklıkla (n=24)	Bazen ve Nadiren (n=77)	Hiçbir Zaman (n=103)	P*
Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	7 (%29,2)	39 (%50,6)	55 (%53,4)	0,098
	Hayır	17 (%70,8)	38 (%49,4)	48 (%46,6)	
Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	17 (%70,8)	66 (%85,7)	91 (%88,3)	0,092
	Hayır	7 (%29,2)	11 (%14,3)	12 (%11,7)	
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Diğer	15 (%62,5)	40 (%51,9)	39 (%37,9)	**0,039**
	Paramedik	9 (%37,5)	37 (%48,1)	64 (%62,1)	

*: Chi Square Test

Tablo 13'te Ölüm kararını vermede karşılaşılabilecek güçlüklere ilişkin "Ölüm kararı verme konusunda eğitimimin eksik olduğunu düşünürüm" cevabının mevcut mevzuat ve gerekli yasal düzenlemelere göre ölüm kararı verme tercihleri, ayrıca adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi durumu ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Mevcut mevzuat ve gerekli yasal düzenlemeler sonrasında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) ancak adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), "Ölüm Kararı Verme Konusunda Eğitimimin Eksik Olduğunu Düşünürüm" cevabını "Hiçbir Zaman" olarak işaretleyenlerin oranı arttıkça "Ölüm Kararını Paramedikler Vermeli" diyenlerin oranının da arttığı görülmüştür.

Tablo 14: "Karşılaşabileceğim Yasal Sorunları Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması

Özellikler	Cevap	Her Zaman ve Sıklıkla (n=122)	Bazen ve Nadiren (n=71)	Hiçbir Zaman (n=11)	P*
Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	53 (%43,4)	43 (%60,6)	5 (%45,5)	0,069
	Hayır	69 (%56,6)	28 (%39,4)	6 (%54,5)	
Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	101 (%82,8)	63 (%88,7)	10 (%90,9)	0,459
	Hayır	21 (%17,2)	8 (%11,3)	1 (%9,1)	
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Diğer	61 (%50,0)	30 (%42,3)	3 (%27,3)	0,254
	Paramedik	61 (%50,0)	41 (%57,7)	8 (%72,7)	

*: Chi Square Test

Tablo 14'te Ölüm kararını vermede karşılaşılabilecek güçlüklere ilişkin "Karşılaşabileceğim Yasal Sorunları Düşünürüm" cevabının mevcut mevzuat ve gerekli yasal düzenlemelere göre ölüm kararı verme tercihleri, ayrıca adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi durumu karşılaştırılması yapılmıştır.

Mevcut mevzuata göre ve gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumu, adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 15: "Ölüm Kararı Verdiğimde Adli-Kolluk Kuvvetlerinin Gelmesini Beklemem Gerekeceğinden Vakayı Hastaneye Taşımayı Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması

Özellikler	Cevap	Her Zaman ve Sıklıkla (n=44)	Bazen ve Nadiren (n=98)	Hiçbir Zaman (n=62)	P
Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	22 (%50,0)	47 (%48,0)	32 (%51,6)	0,901
	Hayır	22 (%50,0)	51 (%52,0)	30 (%48,4)	
Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	37 (%84,1)	81 (%82,7)	56 (%90,3)	0,397
	Hayır	7 (%15,9)	17 (%17,3)	6 (%9,7)	
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Diğer	24 (%54,5)	45 (%45,9)	25 (%40,3)	0,350
	Paramedik	20 (%45,5)	53 (%54,1)	37 (%59,7)	

*: Chi Square Test

Tablo 15'te Ölüm kararını vermede karşılaşılabilecek güçlüklere ilişkin "Ölüm Kararı Verdiğimde Adli-Kolluk Kuvvetlerinin Gelmesini Beklemem Gerekeceğinden Vakayı Hastaneye Taşımayı Düşünürüm" cevabının mevcut mevzuat ve gerekli yasal düzenlemelere göre ölüm kararı verme tercihleri, ayrıca adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi cevapları ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Mevcut mevzuata göre ve gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumu, adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 16: "Ölüm Kararını Vermesi İçin Olay Yerine Hekimin Gelmesi Gerektiğini Düşünürüm" Cevabının Yasal Mevzuat ve Adli Durumlar Yönünden Verilen Cevaplarla Karşılaştırılması

Özellikler	Cevap	Her Zaman ve Sıklıkla (n=55)	Bazen ve Nadiren (n=68)	Hiçbir Zaman (n=81)	P
Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	17 (%30,9)	40 (%58,8)	44 (%54,3)	**0,005**
	Hayır	38 (%69,1)	28 (%41,2)	37 (%45,7)	
Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	42 (%76,4)	59 (%86,8)	73 (%90,1)	0,077
	Hayır	13 (%23,6)	9 (%13,2)	8 (%9,9)	
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Diğer	37 (%67,3)	32 (%47,1)	25 (%30,9)	**0,000**
	Paramedik	18 (%32,7)	36 (%52,9)	56 (%69,1)	

*: Chi Square Test

Tablo 16'da Ölüm kararını vermede karşılaşılabilecek güçlüklere ilişkin "Ölüm Kararını Vermesi İçin Olay Yerine Hekimin Gelmesi Gerektiğini Düşünürüm" cevabının mevcut mevzuat ve gerekli yasal düzenlemelere göre ölüm kararı verme tercihleri, ayrıca adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi cevapları ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), ancak mevcut mevzuata göre tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumu ve adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Tablo 17: Ölüm Kararının Yasal Yetki, Görev ve Sorumluluk Olması Tercihi ve Ölüm Haberini Verecek Kişi Seçimleri Dağılımı

Özellikler	Cevap	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
"Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Evet	188	92,2
	Hayır	16	7,8
"Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Paramedik	118	57,8
	Psikolog	47	23,0
	Acil Tıp Uzmanı	21	10,3
	Psikiyatri Doktoru	17	8,3
	Cenaze Hizmetleri Görevlisi	1	0,5

Tablo 17'de "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı ve "Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" sorularına verilen yanıtların dağılımı incelenmiştir.

Her iki duruma ilişkin verilen cevapların dağılımı incelendiğinde "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" sorusunda katılımcıların %92,2'sinin (n=188) "Evet", %7,8'inin (n=16) "Hayır" cevabını verdikleri, "Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" sorusunda, %57,8'inin (n=118) "Paramedik" cevabını verdiği, %42,2'sinin (n= 86) ise diğer seçeneklerden herhangi birini işaretledikleri görülmüştür.

Tablo 18: Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun, Sosyo-Demografik Özellik ve Paramediklerin Ölüm Kararına İlişkin Tercihlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		**Evet (n=101)**	**Hayır (n=103)**	**P***
Yaş	≤30 Yaş	64 (%63,4)	55 (%53,4)	0,149
	>30 Yaş	37 (%36,6)	48 (%46,6)	
Cinsiyet	Erkek	66 (%65,3)	56 (%54,4)	0,110
	Kadın	35 (%34,7)	47 (%45,6)	
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	38 (%37,6)	35 (%34,0)	0,587
	Merkez	63 (%62,4)	68 (%66,0)	
Medeni Durum	Bekar	38 (%37,6)	45 (%43,7)	0,378
	Evli	63 (%62,4)	58 (%56,3)	
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	72 (%71,3)	66 (%64,1)	0,271
	>10 Yıl	29 (%28,7)	37 (%35,9)	
Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun Dağılımı	Evet	96 (%95,0)	78 (%75,7)	**0,000**
	Hayır	5 (%5,0)	25 (%24,3)	
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Diğer	48 (%47,5)	46 (%44,7)	0,682
	Paramedik	53 (%52,5)	57 (%55,3)	
"Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Evet	93 (%92,1)	95 (%92,2)	1,000
	Hayır	8 (%7,9)	8 (%7,8)	
"Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Diğer	36 (%35,6)	50 (%48,5)	0,062
	Paramedik	65 (%64,4)	53 (%51,5)	

*: Chi Square Test

Tablo 18'de Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun, Sosyo-Demografik Özellik, Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden

Verme Durumunun Dağılımı, Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı, "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı ve "Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı konularındaki tercihlerin karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 18'de Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun, Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı, "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı ve "Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumunun dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Tablo 19: Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumunun, Sosyo-Demografik Özellik ve Paramediklerin Ölüm Kararına İlişkin Tercihlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		**Evet (n=174)**	**Hayır (n=30)**	**P***
Yaş	≤30 Yaş	98 (%56,3)	21 (%70,0)	0,229
	>30 Yaş	76 (%43,7)	9 (%30,0)	
Cinsiyet	Erkek	109 (%62,6)	13 (%43,3)	0,073
	Kadın	65 (%37,4)	17 (%56,7)	
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	61 (%35,1)	12 (%40,0)	0,752
	Merkez	113 (%64,9)	18 (%60,0)	
Medeni Durum	Bekar	66 (%37,9)	17 (%56,7)	0,084
	Evli	108 (%62,1)	13 (%43,3)	
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	112 (%64,4)	26 (%86,7)	**0,028**
	>10 Yıl	62 (%35,6)	4 (%13,3)	
Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Dağılımı	Diğer	76 (%43,7)	18 (%60,0)	0,145
	Paramedik	98 (%56,3)	12 (%40,0)	
"Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Evet	163 (%93,7)	25 (%83,3)	0,066
	Hayır	11 (%6,3)	5 (%16,7)	
"Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Diğer	69 (%39,7)	17 (%56,7)	0,123
	Paramedik	105 (%60,3)	13 (%43,3)	

*: Chi Square Test

Tablo 19'da gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden verme durumunun sosyo-demografik özellik, adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçiminin dağılımı, ölüm kararının yasal yetki, görev ve sorumluluk olması tercihi ve ölüm haberini verecek kişi seçimleri ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Adli Ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçiminin dağılımı, "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev ve Sorumlulukları

İçerisinde Olmalı Mıdır?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı ve "Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) bulunmuştur.

Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Verme Durumu ile Sosyo-Demografik özelliklerden "Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı" dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0,05) bulunmuştur.

Tablo 20: Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Sosyo-Demografik Özellik, Ölüm Kararının Yasal Yetki, Görev ve Sorumluluk Olması Tercihi ve Ölüm Haberini Verecek Kişi Seçimleri ile Karşılaştırılması

Özellikler		**Diğer (n=94)**	**Paramedik (n=110)**	**P***
Yaş	≤30 Yaş	54 (%57,4)	65 (%59,1)	0,812
	>30 Yaş	40 (%42,6)	45 (%40,9)	
Cinsiyet	Erkek	52 (%55,3)	70 (%63,6)	0,227
	Kadın	42 (%44,7)	40 (%36,4)	
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	38 (%40,4)	35 (%31,8)	0,201
	Merkez	56 (%59,6)	75 (%68,2)	
Medeni Durum	Bekar	39 (%41,5)	44 (%40,0)	0,829
	Evli	55 (%58,5)	66 (%60,0)	
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	64 (%68,1)	74 (%67,3)	0,902
	>10 Yıl	30 (%31,9)	36 (%32,7)	
"Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Evet	79 (%84,0)	109 (%99,1)	**0,000**
	Hayır	15 (%16,0)	1 (%0,9)	
"Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı	Diğer	56 (%59,6)	30 (%27,3)	**0,000**
	Paramedik	38 (%40,4)	80 (%72,7)	

*: Chi Square Test

Tablo 20'de Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Verecek Kişi Seçiminin Sosyo-Demografik Özellik, Ölüm Kararının Yasal Yetki, Görev ve Sorumluluk Olması Tercihi ve Ölüm Haberini Verecek Kişi Seçimleri ile Karşılaştırılması yapılmıştır.

Adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçimi ile sosyo-demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunurken, "Ölüm kararı vermek yasal olarak paramediğin yetki, görev ve sorumlulukları içerisinde olmalı mıdır?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı ve "Hasta yakınlarına ölüm haberinin verilmesi (ölüm-yas programı) aşağıdakilerden hangisinin liderliğinde gerçekleştirilmelidir?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Tablo 21: Paramediklerin "Ölüm Kararını Hatasız Verebilmek İçin Aşağıdakilerden Hangisinin veya Hangilerinin Daha Gerekli Olduğunu Düşünürsünüz? Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Ölüm Sonlandırma Modül Eğitimi	140	68,6
Ölüm Sonlandırma Algoritması	147	72,1
Adli Ölüm-Olgu Eğitimi	159	77,9
Ölüm Kararının Yasal Boyutları Eğitimi	163	79,9
Paramediğin Ölüm Kararındaki Rolünü İçeren Çalıştay ve Sempozyumlar	158	77,5

Tablo 21'de Paramediklerin "Ölüm Kararını Hatasız Verebilmek İçin Aşağıdakilerden Hangisinin veya Hangilerinin Daha Gerekli Olduğunu Düşünürsünüz? Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların %68,6'sının (n=140) "Ölüm Sonlandırma Modül Eğitimi" cevabını, %72,1'inin (n=147) "Ölüm Sonlandırma Algoritması" cevabını, %77,9'unun (n=159) "Adli Ölüm-Olgu Eğitimi" cevabını, %79,9'unun (n=163) "Ölüm Kararının Yasal Boyutları Eğitimi" cevabını ve %77,5'inin (n=158) "Paramediğin Ölüm Kararındaki Rolünü İçeren Çalıştay ve Sempozyumlar" cevabını işaretledikleri görülmüştür.

Tablo 22: "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması

Özellikler		Evet (n=188)	Hayır (n=16)	P*
Yaş	≤30 Yaş	107 (%56,9)	12 (%75,0)	0,252
	>30 Yaş	81 (%43,1)	4 (%25,0)	
Cinsiyet	Erkek	113 (%60,1)	9 (%56,3)	0,971
	Kadın	75 (%39,9)	7 (%43,8)	
Çalışılan İstasyonun Konumu	İlçe	63 (%33,5)	10 (%62,5)	**0,040**
	Merkez	125 (%66,5)	6 (%37,5)	
Medeni Durum	Bekar	73 (%38,8)	10 (%62,5)	0,113
	Evli	115 (%61,2)	6 (%37,5)	
Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı	≤10 Yıl	126 (%67,0)	12 (%75,0)	0,706
	>10 Yıl	62 (%33,0)	4 (%25,0)	

*: Chi Square Test

Tablo 22'de "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev Ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı mıdır?" Sorusuna Verilen Yanıtların Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslekte paramedik olarak çalışma yılı karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunurken, çalışılan istasyonun konumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Tablo 23: "Paramediklerin Ölüm Kararı Verme Yetkisine Sahip Olması Acil Tıp Sistemine Hangi Katkıları Sağlar?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Olay Yerinde Bekleme Süremiz Kısalır, Böylelikle Vaka Daha Kısa Sürede Sonlandırılmış Olur	178	87,3
Ölüm Sonrasında Ölen Kişinin Yakınlarının Yapacakları İşlemler Azalır	82	40,2
Bu Yetki İle Mevcut İşleyişten Kaynaklanan Gecikmeler Ortadan Kaldırılır	165	80,9
Sorunların Ortadan Kaldırılması Yalnızca Ölüm Kararı Verme Yetkisinin Verilmesi İle Mümkün Değildir	90	44,1
Paramediklere Ölüm Kararı Yetkisinin Verilmesi Acil Tıp Sistemine Hiçbir Katkı Sağlamaz	16	7,8

Tablo 23'te "Paramediklerin Ölüm Kararı Verme Yetkisine Sahip Olması Acil Tıp Sistemine Hangi Katkıları Sağlar?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların %87,3'ünün (n=178) "Olay yerinde bekleme süremiz kısalır, böylelikle vaka daha kısa

sürede sonlandırılmış olur" cevabını, %40,2'sinin (n=82) "Ölüm sonrasında ölen kişinin yakınlarının yapacakları işlemler azalır" cevabını, %80,9'unun (n=165) "Bu yetki ile mevcut işleyişten kaynaklanan gecikmeler ortadan kaldırılır" cevabını, %44,1'inin (n=90) "Sorunların ortadan kaldırılması yalnızca ölüm kararı verme yetkisinin verilmesi ile mümkün değildir" cevabını ve %7,8'inin de (n=16) "Paramediklere Ölüm Kararı Yetkisinin verilmesi acil tıp sistemine hiçbir katkı sağlamaz" cevabını işaretledikleri görülmüştür.

Tablo 24: "Paramediklerin Ölüm Kararı Verme Yetkisine Sahip Olması Acil Tıp Sistemine Hangi Katkıları Sağlar?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı ile Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılının Karşılaştırılması

Özellikler	**Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılı**		**P**
	≤10 Yıl (n=138)	**>10 Yıl (n=66)**	
Olay Yerinde Bekleme Süremiz Kısalır, Böylelikle Vaka Daha Kısa Sürede Sonlandırılmış Olur	126 (%91,3)	52 (%78,8)	**0,022**
Ölüm Sonrasında Ölen Kişinin Yakınlarının Yapacakları İşlemler Azalır	57 (%41,3)	25 (%37,9)	0,641
Bu Yetki İle Mevcut İşleyişten Kaynaklanan Gecikmeler Ortadan Kaldırılır	112 (%81,2)	53 (%80,3)	1,000
Sorunların Ortadan Kaldırılması Yalnızca Ölüm Kararı Verme Yetkisinin Verilmesi İle Mümkün Değildir	57 (%41,3)	33 (%50,0)	0,242
Paramediklere Ölüm Kararı Yetkisinin Verilmesi Acil Tıp Sistemine Hiçbir Katkı Sağlamaz	13 (%9,4)	3 (%4,5)	0,351

Tablo 24'te "Paramediklerin Ölüm Kararı Verme Yetkisine Sahip Olması Acil Tıp Sistemine Hangi Katkıları Sağlar?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı ile Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılının Karşılaştırılması yapılmıştır.

Yapılan karşılaştırmada "Olay yerinde bekleme süremiz kısalır, böylelikle vaka daha kısa sürede sonlandırılmış olur" cevabının meslekte çalışma yılı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu ($p<0,05$) görülmüştür.

Tablo 25: "Ölüm Kararı Verme Yetkisiyle İlgili Olarak Kişisel Düşünceniz Aşağıdakilerden Hangisi ya da Hangileridir?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Ölüm Kararı Verme Yetkisiyle Kendimi Daha Yeterli Hissederim	134	65,7
Ölüm Kararı Yetkisi İş Yükümü Artırır	44	21,6
Ölüm Kararı Yetkisi Aylık Ücretimin Artmasını Gerektirir	50	24,5
Ölüm Kararı Yetkisi Nedeniyle Ücret Artışına Gerek Yoktur	102	50,0
Ücret Artışı Olsa Bile Bu Yetkiyi Kesinlikle Almak İstemem	28	13,7

Tablo 25'te "Ölüm Kararı Verme Yetkisiyle İlgili Olarak Kişisel Düşünceniz Aşağıdakilerden Hangisi ya da Hangileridir?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların %65,7'sinin (n=134) "Ölüm kararı verme yetkisiyle kendimi daha yeterli hissederim" cevabını, %21,6'sının (n=44) "Ölüm kararı yetkisi iş yükümü artırır" cevabını, %24,5'inin (n=50) "Ölüm kararı yetkisi aylık ücretimin artmasını gerektirir" cevabını, %50'sinin (n=102) "Ölüm kararı yetkisi nedeniyle ücret artışına gerek yoktur" cevabını ve %13,7'sinin (n=28) "Ücret artışı olsa bile bu yetkiyi kesinlikle almak istemem" cevabını işaretledikleri görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Hastane dışı KA vakalarında hayatta kalma oranı, hızla gelişmekte olan hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine rağmen %0,2 ile %23 arasındadır (Davies ve ark 2005, Dunne ve ark 2007). Bir başka çalışmada bu oran %6,4 ortalama ile rapor edilmiştir (Nichol ve ark 1999). İngiltere'de Eylül 2016-Kasım 2017 tarihleri arasında yaptıkları araştırmada, devam eden KPR ile hastaneye nakledilen 227 hastaya ait sağ kalım oranlarının çok düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların 89'u (%39,2) hastane öncesi resüsitasyon sonlandırma kriterlerine uygun görülmüş ve bunların hiçbiri sağ kalmamıştır. Hastaların 210'u (%92,5) acil serviste hayatını kaybetmiş, 17'si yoğun bakım ünitesine kaldırılmış ancak 3'ü (%1,1) sağ kalmıştır (Yates ve ark 2018).

Hastane öncesi KA durumunda başarının değerlendirilmesi için yapılan çalışmalar genellikle tıbbi konulara odaklanmaktadır. Ancak paramediklerin genellikle KPR'nin başarılı olma ihtimali düşük olan hastalara bakım verme ile karşı karşıya kalmaları, bu durum, aile ile etkili bir şekilde iletişim kurmalarını, yasal yükümlülüklerine göre davranmalarını ve müdahalenin faydasız olması veya istenmemesi durumunda karar vermelerini gerektirmektedir.

KPR'ye başlamama veya sonlandırma kararları tüm dünyada olası etik, lojistik ve ekonomik kaygıların gölgesinde, hizmetin sürdürülmesi için çözüm üretilmesi gereken sorunları barındıran, paramedikleri doğrudan ilgilendiren önemli bir tartışma konusu olmayı sürdürmektedir.

5.1. Paramediklerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan paramediklerin %40,2'sini kadınlar, %59,8'ini erkekler oluşturmaktadır. 30 yaş ve altındaki paramediklerin oranı %58,3, 30 yaş üzerinde olanlar ise %41,7'dir. Paramediklerin %59,3'ü evlidir ve %64,2'si merkezi konumdaki istasyonlarda çalışmaktadır. Katılımcıların mesleki deneyimlerine bakıldığında %67,6'sının on yıl ve daha az süredir paramedik olarak çalıştıkları ve bir yıl içinde ortalama 30 ve daha az KA vakalarıyla karşılaşma oranlarının %77,9 olduğu görülmektedir. Bir yıl içerisinde karşılaşılan ortalama kesin ölüm bulguları olan vaka sayısı 10 ve daha az olanlar %50,5, triaj kodu "siyah kod" olan vaka sayısı 10 ve daha az vakayla karşılaşanların oranı ise %69,6'dır.

Stone ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada paramediklerin yaşam sonu (EOL) durumlarla karşılaşma sıklığı tespit edilerek, çeşitli konularda aldıkları yaşam sonu bakım becerileri eğitimleri sırasında yaşam sonu kararlarının uygulandığı vakalara yönelik tutumlarının karşılaştırması yapılmıştır. Sözkonusu çalışmaya katılan 236 paramediğin, yaş ortalaması 39 ve katılımcıların tamamına yakını (%94) erkek iken 20 yıldan fazla deneyime sahip olanların oranının %20 olduğu görülmüştür. Katılımcıların %98'inin ölümcül bir hastalığı olduğu görülen hastalar için KPR'nin uygun olup olmadığını sorguladığı durumla karşılaştığı, son iki yıl içinde %26'sının resüsitasyona başlamama veya sonlandırma için kendi kararlarını kullandıklarını bildikleri görülmüştür.

Bu çalışmada bizim çalışmamızla benzer katılımcı sayısıyla anketin gerçekleştirildiği, yasal olarak yetkilendirilmiş olmalarına rağmen birçok noktada etik ve yasal ikilemleri halen yaşamakta oldukları dikkat çekmekte ve bu durumun, gelişen bilimin resüsitasyon etiği üzerindeki etkisinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda bir yıl içerisinde karşılaşılan KA olan, kesin ölüm bulguları görülen ve triaj kodu "Siyah Kod" olan ortalama vaka sayısının yaş, cinsiyet, meslekte paramedik olarak çalışma yılı ve çalışılan istasyonun konumu değerleri yönünden yapılan karşılaştırmada merkezi konumdaki istasyonlarda çalışanların 30'dan fazla arrest vaka görme oranlarının ve 10'dan fazla kesin ölüm bulgusu olan vaka ile karşılaşma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu yerleşim yerlerinde çalışanların daha fazla resüsitasyon gereksinimi olan vaka ile karşılaştıklarını dolayısıyla etik ve yasal sorunlarla daha fazla karşı karşıya kalabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Meslekte paramedik olarak çalışma yılı 10 yılın üzerinde olanların 10'dan fazla triaj kodu "Siyah Kod" olan vaka ile karşılaşma oranlarının daha düşük olduğu verisi ise "Siyah Kod" değerlendirmesinin, mesleki tecrübesi yüksek olan paramedikler tarafından daha doğru yapılmış olabileceği ile ilişkili kabul edilebilir.

5.2. Araştırmacı Tarafından Hazırlanmış "Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda, Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını Verme Yeterliliği Anketine Verilen Cevaplara İlişkin İstatistiksel Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda karşılaşılan KA vakalarındaki bulguların görülme sıklığının dağılımı incelendiğinde katılımcıların, fix dilate pupil bulgusu ve EKG'de asistoli bulgusu için "Her Zaman" ve "Sıklıkla" seçeneklerini toplamda en az %85 oranında işaretlerken, "Ölüm Katılığı Bulgusu" için tam olarak yarısının "Bazen" seçeneğini işeretlediği görülmüştür. "Kalp Tepe Atımı Yokluğu Bulgusu" için verilen cevaplar yaklaşık %75 oranında "Her Zaman" ve "Sıklıkla" üzerinde yoğunlaşmış, EKG'de "Entriküler Fibrilasyon ve Nabızsız Ventriküler Taşikardi Bulgusu" için ise en az %75'i "Bazen" ve "Nadiren" seçeneklerini işaretlemiştir. "Büyük Ekstremite Amputasyonu Bulgusu" için ise "Bazen" ve "Nadiren" cevaplarında %60'tan fazla bir yoğunlaşma olmasıyla birlikte %20'sinin "Hiçbir Zaman" seçeneğini işaretlemesi dikkat çekici olmuştur.

KA vakalarında derhal KPR'ye başlanması düşünülen durumlara ilişkin cevaplarının dağılımı incelendiğinde katılımcıların, "Kollapsı (Yığılmayı) Takiben En Az 15 Dakika Resüsitasyon Uygulanmamış Hastada" cevabını yarısından daha azı (%44,6) işaretlemiş, "18 Yaş Altı Çocuk, Gebe ve Genç Erişkinlerlerde Arrest Öyküsünü Önemsemeden" cevabını %62,3'ü, "Ambulans Ekibi Olay Yerine Ulaştığında EKG'de Asistoli Bulgusu Olan Hastada" cevabını %75,5'i işaretlerken, %88,2 ile en yüksek oranda işaretlenen "Öyküsü Bilinmeyen ve Kalp Atımı Olmayan Hastada" cevabı olmuştur. KPR'ye derhal başlanması düşünülen durumların sorgulandığı ve seçeneklerin sunulduğu anket sorusuna katılımcıların yüksek oranda KRY'ye başlama kararı aldıkları ancak "Kollapsı (Yığılmayı) Takiben En Az 15 Dakika Resüsitasyon Uygulanmamış Hastada" paramediklerin yarısından fazlasının KRY'ye başlama kararı almadıkları görülmüştür. Bu durum paramediklerin mesleki eğitimlerinde vurgulanan şahit olunmayan kardiyak arrest vakalarının kurtulma oranlarının düşük olduğu bilgisine sahip olmaları ile açıklanabilir.

KA vakalarında KPR'ye uzun süre devam edilmesi gerektiğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde katılımcıların; "Suda Boğulma Arrest

Vakalarında", "Hipotermi Arrest Vakalarında", "18 Yaş Altında Çocuk ve Yenidoğan Arrest Vakalarında", "Gebe Arrest Vakalarında" ve son olarak "KA Durumuna Şahit Olunduğunda" cevaplarına büyük çoğunluğunun "Her Zaman" şeklinde cevap verdiği görülürken, "Her Zaman" seçiminin "Zehirlenmeler/Aşırı Doz Kimyasal Madde Alımında Arrest Vakalarında" %50'nin altına düşmesi dikkat çekmektedir. Bu durum paramediklerin zehirlenmeler/aşırı doz kimyasal madde alımı sonucu meydana gelen arrest vakalarda toksikolojinin geniş kapsamı ve hastane öncesinde taşıdığı riskler ile açıklanabilir.

Literatür incelendiğinde Oslo'da yapılan bir çalışmada 70 hastane dışı KA durumunda 35 paramedik ve 9 doktorla KPR'yi durdurma veya sonlandırma konusunda kullanılan kriterler değerlendirilmiştir. 21 hastada KPR denenmemiş, 28 hastada sahada KPR sonlandırılmıştır. 15 hastada spontan dolaşım sağlanırken, 6 hasta devam eden KPR ile hastaneye nakledilmiştir. VF, havayolu devamlılığı, fix dilate olmayan pupil veya iyi cilt rengi gibi iyi prognozu gösterdiği düşünülen işaretlerin her zaman KPR'nin başlaması yönünde karar almada etkili olduğu görülmüştür (Naess ve ark 1997).

Ülkemiz Konya ilinde 2015 yılında 451 kişinin katıldığı bir anket çalışmasında hastane öncesi sağlık çalışanlarının (pratisyen hekimler, paramedikler, acil tıp teknisyenleri) KPR uygulamaları hakkındaki bilgi ve becerilerinin, tutumlarının, davranışlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi sonucu hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışan paramediklerin, pratisyen hekimlere kıyasla endotrakeal entübasyon ve KPR yapmaya daha istekli oldukları bulunmuştur (Kara ve ark 2015).

Bizim çalışmamızdaki bulgulara göre paramediklerin aldıkları eğitim gereğince KPR'ye başlama eğiliminde oldukları ve KA gelişen hastada klinik özel durumlar varlığında daha uzun süre KPR'ye devam etme gayreti gösterdikleri görülmüştür. Çalışma sonuçları incelendiğinde bizim çalışmamızla diğer çalışma sonuçları arasında resüsitasyona başlama yönünden benzerlikler olduğu, hastane öncesinin değişkenleri ve güçlükleri nedeniyle yine benzer tereddütlerin var olduğu ve araştırma sonuçlarımızın desteklendiği görülmüştür. KPR'ye başlama eğilimi konusunda karşılaştırma yapabilmemize karşın, başlamış resüsitasyonun sonlandırılmasına ilişkin verilerin karşılaştırılması mümkün olmamıştır. Bu duruma

gerekçe olarak da ülkemizde henüz bu konuda yasal mevzuatın bulunmaması, gerekli verilerin kayıt altına alınamaması, veri setlerinin regresyon analizine uygun olmaması, simülasyon tabanlı akademik çalışmaların yapılmamış olması gösterilebilir.

Çalışmamızda yasal mevzuat ve adli durumlar yönünden yapılan değerlendirmede "Mevcut Mevzuata Göre Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Veririm" durumuna katılımcıların yarısına yakınının "Evet" cevabını verdiği, "Gerekli Yasal Düzenlemeler Yapıldığında Tüm Ölüm Durumlarında (Özellikli Durumlar Dahil) Olay Yerinde Ölüm Kararını Çekinmeden Veririm" durumunda "Evet" cevabının oranı tamamına yakını olacak şekilde yükseldiği görülmüştür. Gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasının ardından ölüm kararının verilmesi konusundaki artış dikkat çekicidir. "Adli Ölüm Bulgularına Sahip Vakada Ölüm Kararını Sizce Kim Vermelidir?" sorusuna seçenek olarak sunulan dört cevap arasındaki dağılım incelendiğinde, katılımcıların yarısından fazlasının "Olay Yerini Yöneten Paramedik" cevabını işaretlediği, geri kalan cevapların "Doktor, Savcı, Adli Tıp Hekimi" seçeneklerinde kullanıdığı görülmüştür. Tüm bu durumlar değerlendirildiğinde, ülkemizde konuya ilişkin henüz bir yasal düzenlemenin olmaması nedeniyle paramediklerin ölüm kararı verilmesi gereken tüm vakalarda çekimser olduğu, adli durumlar söz konusu olduğunda ise bu çekimserliğin arttığı görülmüştür. Uluslararası klavuzlarda paramediklerin KPR'ye başlamama veya sonlandırmaları konusunda yasal sorunların çözülmesine ilişkin önerilerin yer almasına rağmen ülkemizde bu alanda yasal düzenleme ve yerel klavuzların henüz yapılmamış olması çekimserliğin nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda "Ölüm Kararı Vermek Yasal Olarak Paramediğin Yetki, Görev ve Sorumlulukları İçerisinde Olmalı Mıdır?" sorusuna yanıt aranmıştır. Katılımcıların bu soruya doğrudan "Evet" veya "Hayır" cevabı vermeleri istenmiş tamamına yakınının "Evet" cevabı verdiği görülmüştür. Bu durum hastane öncesi acil sağlık sisteminde önemli bir rol üstlenen paramediklerin, ölüm kararı verme gerektiren durumlar ile sık karşılaşmaları nedeniyle iş konforlarını doğrudan etkilediğini düşünmeleri ve bu konuda bir çözüm beklentisinde olmaları ile açıklanabilir.

Öte yandan “Hasta Yakınlarına Ölüm Haberinin Verilmesi (Ölüm-Yas Programı) Aşağıdakilerden Hangisinin Liderliğinde Gerçekleştirilmelidir?” sorularına verilen yanıtların dağılımı ve “Adli ölüm bulgularına sahip vakada ölüm kararını verecek kişi seçiminin dağılımı” incelendiğinde her iki durumda da katılımcılarının %60’ının “Paramedik” cevabını işaretlemesi dikkat çekicidir.

Yapılan bir çalışmada ortalama çalışma yılı 12 olan, 76 ATT ve 102 paramediğin yaşam sonu bakım kararlarına ilişkin eğitim durumları incelenmiştir. Bu çalışmada, ölüm kararını da içeren yasal yetkilerinin olmasına ve tecrübelerine rağmen “Hastane öncesi ve yaşam sonu bakımı arasındaki potansiyel karşılıklı ilişkiyi, bu alandaki bakım için iyileştirilmiş eğitim ve protokoller yoluyla ele alma ihtiyacını ortaya koymaktadır” denilmektedir (Waldrop ve ark 2014).

Çalışma sonuçları incelendiğinde bizim çalışmamızla diğer sonuçlar arasında benzerlikler görülmüş, paramediklerin ölüm kararı ile ölümün bildirilmesi konusunda aile ve diğer görevliler ile iletişim zorunluğunun olması nedeniyle çekimser davranabilecekleri ve bu çekimserliğin kararlarını etkileyebileceği değerlendirilerek araştırma sonuçları desteklenmiştir.

Çalışmamızda ölüm kararı verme durumuna ilişkin eğitim durumu iki ayrı biçimde sorgulanmıştır. İlk durumda “Ölüm Kararı Verme Konusunda Eğitimimin Eksik Olduğunu Düşünürüm” seçeniğini katılımcılar yarısı “Hiçbir Zaman” olarak işaretlemiştir. Bu durumun kararın verilmesinde öncelikli olarak mesleki yeterliliğin sorgulandığı algısından kayanaklandığı şeklinde değerlendirilebilir. İkinci durumda katılımcılara “Ölüm Kararını Hatasız Verebilmek İçin Aşağıdakilerden Hangisinin veya Hangilerinin Daha Gerekli Olduğunu Düşünürsünüz?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların Ölüm Sonlandırma Modül Eğitimi, Ölüm Sonlandırma Algoritması, Adli Ölüm-Olgu Eğitimi, Ölüm Kararının Yasal Boyutları Eğitimi ve Paramediğin Ölüm Kararınındaki Rolünü İçeren Çalıştay ve Sempozyumlar seçeneklerini ortalama %70 oranında “Evet” olarak işaretlemesinin birinci durumla çeliştiği düşünülebilir. Ancak ilk durumdaki sorunun mesleki yeterlilik algısında değerlendirmiş olduğu, ikinci durumda ise yasal dayanağın oluşturulması ve konuya hakimiyetin artırılması anlamındaki seçeneklerin bundan ayrıldığı görülmektedir.

Paramediklerin ölüm kararı verme yetkisine sahip olmasının acil tıp sistemine hangi katkıları sağlayacağı sorgulandığında katılımcıların büyük çoğunluğunun "Olay Yerinde Bekleme Süremiz Kısalır, Böylelikle Vaka Daha Kısa Sürede Sonlandırılmış Olur" cevabını verdiği görülmüştür. "Bu Yetki İle Mevcut İşleyişten Kaynaklanan Gecikmeler Ortadan Kaldırılır" cevabının en yüksek oranda ikinci olarak işaretlenmesi de dikkat çekmektedir. Bu durum paramedikleri etik ikileme sokan ve iş konforunu doğrudan etkileyen sorunları tanımlamaktadır. Ayrıca "Sorunların Ortadan Kaldırılması Yalnızca Ölüm Kararı Verme Yetkisinin Verilmesi İle Mümkün Değildir" cevabını katılımcıların yarısına yakının işaretlemiş olması literatürde dikkat çekilen sorunlar ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Katılımcılara yöneltilen "Ölüm Kararı Verme Yetkisiyle İlgili Olarak Kişisel Düşünceniz Aşağıdakilerden Hangisi ya da Hangileridir?" sorusuna verilen cevapların dağılımı değerlendirildiğinde en yüksek katılım oranına sahip cevabın "Ölüm Kararı Verme Yetkisiyle Kendimi Daha Yeterli Hissederim" olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların yalnızca ¼'ü "Ölüm Kararı Yetkisi İş Yükümü Artırır" cevabını işaretlemiştir. Bu durum hastane öncesinde kritik kararları alma konusunda eğitim almış ve meslek yaşamı boyunca güdülenmiş olan paramediklerin sıkça karşılaştıkları ölüm durumunda karar yetkisi yönünden kendilerini eksik hissetikleri ve büyük bir çoğunluğunun iş yükü olarak görmedikleri şeklinde yorumlanabilir. Ek olarak ölüm kararı yetkisinin aylık ücret artışıyla ilişkisi incelendiğinde katılımcıların yarısının ücret artışına gerek olmadığı cevabını verdikleri ve yalnızca %13,7'sinin "Ücret Artışı Olsa Bile Bu Yetkiyi Kesinlikle Almak İstemem" cevabını işaretlemeleri dikkat çekicidir. Tüm bu veriler ışığında paramediklerin, gerekli durumlarda, yasal yetkilendirme ile doğru ölüm kararı vermeye iş konforu yönünden baktıkları ve olumlu olarak değerlendikleri söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

KPR'ye başlamama veya sonlandırma kararları tüm dünyada olası etik, lojistik ve ekonomik kaygıların gölgesinde, hizmetin sürdürülmesi için çözüm üretilmesi gereken sorunları barındıran, paramedikleri doğrudan ilgilendiren önemli bir tartışma konusu olmayı sürdürmektedir. Konuya ilişkin literetür incelendiğinde;

- KPR'ye başlamama ve sonlandırma kararlarının etik ve yasal yönlerinin ele alındığı ve bu noktada farklı yönleriyle değerlendirme kriterleri nedeniyle ortak bakış açısının henüz var olmadığı görülmektedir.
- Yasal yönüyle ölüm kararı verme yetkisinin hekimli ve hekimsiz sistemler olmak üzere iki ana kategoriye ayrıldığı gözlemlenmiştir.
- Hastane öncesi acil tıp sistemlerinde personelin eğitim durumu, ülkenin kaynakları ve hastaya ulaşım şartlarının belirleyici olduğu temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği sağlayıcısı olarak ambulans hizmetinin verilme şekline göre iki tip hizmet modeli varlığının kabul edildiği görülmektedir.
- Uluslararası kılavuzlarda yaşam sonu kararlarının doğru verilmesi için önerilerin, temel ve ileri yaşam desteği hizmet sunum modeline göre verildiği, önerilerin algoritmalar haline getirildiği ve bu algoritmaların halen geliştirilmekte olduğu, doğruluğunu test eden çalışmaların da farklı yönleriyle ele alındığı görülmektedir.
- KPR'de etik ilkeler çerçevesinde hasta otonomisi öne çıkmakta ve "Resüsitasyon Yapmayın" talimatları Avrupa ve Amerika'da yaygın olmak üzere daha geniş çaplı olarak kullanılmakla birlikte hastane öncesinde bu kararların geçerliliği ve anlaşılabilirliği tartışma konusu olmayı sürdürmektedir.
- ATS'lerin hizmet modeli seçimlerine göre KPR'ye başlamama ve/veya sonlandırma kararları hakkında sosyal ve kültürel farklılıkların yanı sıra hizmet sunumu için ayrılan bütçe ve ambulans personeli için öngörülen eğitim yeterlilikleri farklı yönleriyle tartışılmaya devam etmektedir.
- Literatürde ATS çalışanları açısından bu kararların uygulanması sürecinde psikolojik etkilerin yansımaları değerlendirilmiş, hasta/hasta yakınları ve çalışanlar açısından yorumlanmıştır.
- Ölüm kararının verilmesinde çekimser davranışların varlığı tespit edilmiş ve bu durum aile ile iletişim, adli durumlar ve risk alma konularıyla ilişkilendirilmiştir.

- 2000'li yıllarda başlayan geniş katılımlı veya geniş zaman aralıklı dikkate değer çalışmalar olsa da konunun kendi özelinde lokasyonun etkisi aşılamamıştır. İnanışlar, kültürel farklılıklar, olay yerinin kırsal kentsel olma durumu önemli bir etken olmuş ancak hizmet sunum biçimi, personelin eğitimi ve yetkilendirme durumları ağırlıklarını hissettirmiştir.
- Çalışmalarda teknolojik gelişmelerin ölüm kararı üzerine etkisi değerlendirilmiş, kullanım yeri ile şekline göre tartışmaları farklı noktalara taşıyabileceği ve zaman içerisinde algoritmaların buna göre şekillenebileceği ifade edilmiştir.

Çalışmamızda, ülkemizde ölüm kararına ilişkin yasal düzenlemelerin eski ve karmaşık olması, devam eden hastane öncesi acil sağlık hizmetleri için KPR'ye başlamama ve/veya sonlandırma yönüyle özel bir mevzuatın bulunmaması, hasta/ hasta yakınları ve çalışan yönüyle etkilerinin incelenmemesi nedeniyle sistemik bir ihtiyaca vurgu yapılması hedeflenmiştir. Bu nedenle sorunun kendi özel nitelikleri kapsamında değerlendirilmesine hassasiyet gösterilmiştir.

Ülkemiz acil sağlık hizmetlerinde acil yardım ambulansları öncelikle hekimli ve hekimsiz olmak üzere iki gruba ayrılmakta, hekimsiz ambulanslarda temel ve ileri yaşam desteği ambulansı ayrımı bulunmamaktadır. Paramediklerin eğitim standardizasyonu ve yeterlilikleri de birçok çalışmada tartışma konusu olmayı sürdürmektedir. Ölüm kararı algoritmaları ve yapılan çalışmaların temelinde personelin yeterlilik düzeyine bağlı olarak temel ve ileri yaşam desteği ambulansı hizmetinin varlığı sorgulanırken ülkemizde acil yardım ambulanslarının İYD ambulansı kriterlerinde kabul edilmesi sistemin doğru değerlendirilmesini güçleştirmiştir.

Sonuç olarak pek çok değişkene rağmen "Paramedikler Ölüm Kararı Vermeye Hazır mı?" sorusu kapsamında yaptığımız çalışmamızla, dünyadaki paramedikler ile yapılan çalışmalar karşılaştırıldığında bu konudaki talep, tereddüt ve kaygıların benzer olduğu görülmüştür.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki öneriler sunulabilir;

- Mevcut mevzuatta ölüm kararının hekimler tarafından verilebileceği açıkça belirtilmesi nedeniyle, ilk etapta mevcut mevzuata uygun olarak ölüm kararının verilebilmesi için sağlık sisteminde çalışan hekimlerin verimli kullanımının sağlanması ve bu şekilde hâlihazırda yasal sorunlarla karşı karşıya olan ATS ve paramediklerin korunması,

- Mevcut hastane öncesi ATS'nin KPR'ye başlamama veya devam eden KPR'yi sonlandırma sorununun boyutunun doğru ve tam olarak belirlenmesi için KPA vakalarında toplanan veri setlerinin gözden geçirilmesi ve güncellenmesi,

- Paramediklerin KPR ve diğer mesleki uygulamaları hakkında geniş çaplı bilimsel araştırmaların daha fazla sayıda yapılması ve araştırmalar ışığında yerel etik kodların yazılması,

- Paramediklerin KPR konusunda mesleki teknik beceriler kadar etik konular yönünden de yetiştirilmesi gerektiğinden, paramedik okullarının ve mezuniyet sonrası eğitimlerin müfredatlarında "KPR'de Etik" konusuna ve bu konu ile bağlantılı olan iletişim becerilerine daha geniş yer verilmesi,

- Paramediklerin mesleki yeterliliğinin uluslararası kabul görmüş değerlendirme kriterleri ile objektif olarak yapılması, belirlenen mesleki yeterliliğe göre de mesleki kıdemin belirlenmesi,

- Farklı yeterliliğe göre mesleki kıdemin belirlenmesi ile ATS Ambulans hizmet sunumunda TYD ve İYD Acil Yardım Ambulansı modellerinin uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi,

- Ülkemizde, bilimin ve bilimin önerisiyle sosyokültürel yapının dikkate alındığı uygulanabilir, değerlendirilebilir ve denetlenebilir bir ölüm kararı yasal dayanağına sahip olmak için akademik ve teknik çalışmalara hızla başlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Anderson N, Slark J, Gott M, 2019. How are ambulance personnel prepared and supported to withhold or terminate resuscitation and manage patient death in the field? A scoping review. Australasian Journal of Paramedicine, 16.

Auerbach PS, Morris JA, Phillips JB, Redlinger SR, Vaughn WK, 1987. An analysis of ambulance accidents in Tennessee. JAMA, 258, 11, 1487-90.

Bailey E, Wydro G, Cone D, 2000. National Association of EMS Physicians Standards and Clinical Practice Committee. Termination of resuscitation in the prehospital setting for adult patients suffering nontraumatic cardiac arrest. Prehosp Emerg Care, 4, 2, 190-5.

Barratt F, Wallis D, 1998. Relatives in the resuscitation room: their point of view. Emerg Med J, 15, 2, 109-11.

Baskett PJ, Steen P, Bossaert L, 2008. Resüsitasyon ve Yaşama Son Verme Kararının Etik Kuralları. In: Avrupa Resüsitasyon Konseyi Resüsitasyon Rehberi 2005. Eds: Nolan J, Baskett P, Çeviri Ed Çertuğ A. İstanbul: Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., p. 171-80.

Baştürk E, 2003. Do-Not-Resuscitate (DNR) talimatının temel etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 11, 12-21.

Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, Mentzelopoulos SD, Nolan JP, Van de Voorde P, Xanthos TT, 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation, 95, 302-11.

Boyd R, 2000. Witnessed resuscitation by relatives. Resuscitation, 43, 3, 171-6.

Cardiopulmonary Resuscitation, (1966). Statement by the Ad Hoc Committee on Cardiopulmonary Resuscitation of the Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences—National Research Council. JAMA. **198:** 372-9.

CARES, 2014. Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival: 2014 Non-Traumatic National Summary Report. Erişim tarihi 30.04.2015. Erişim adresi, https:// mycares.net/sitepages/uploads/2015/2014 Non-Traumatic National Summary Report.pdf.

Chung TN, Kim SW, Cho YS, Chung SP, Park I, Kim SH, 2010. Effect of vehicle speed on the quality of closed-chest compression during ambulance transport. Resuscitation, 81, 7, 841-7.

Compton S, Madgy A, Goldstein M, Sandhu J, Dunne R, Swor R, 2006. Emergency medical service providers' experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation, 70, 2, 223-8.

Davies CS, Colquhoun M, Boyle R, Chamberlain D, 2005. A national programme for on-site defibrillation by lay people in selected high risk areas: initial results. Heart, 91, 10, 1299-302.

Delbridge TR, Bailey B, Chew JL, Conn AK, Krakeel JJ, Manz D, Miller DR, O'Malley PJ, Ryan SD, Spaite DW, 1998. EMS agenda for the future: where we are… where we want to be. Prehospital Emergency Care, 2, 1, 1-12.

Dunne RB, Compton S, Zalenski R, Swor R, Welch R, Bock BF, 2007. Outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in Detroit. Resuscitation, 72, 1, 59-65.

Eichhorn DJ, Meyers TA, Mitchell TG, Guzzetta CE, 1996. Opening the doors: family presence during resuscitation. The Journal of cardiovascular nursing, 10, 4, 59-70.

Farber S, Shaw J, Mero J, Maloney WH, 2006. Withholding resuscitation: a new approach to prehospital end-of-life decisions. Annals of internal medicine, 145, 10, 788.

Gershon RR, Vlahov D, Kelen G, Conrad B, Murphy L, 1995. Review of accidents/injuries among emergency medical services workers in Baltimore, Maryland. Prehospital and disaster medicine, 10, 1, 14-8.

Grunfeld GB, 1992. Modern medicine and the emergence of biomedical ethics. Caduceus (Springfield, Ill.), 8, 1, 1-22.

Harris LC, Kirimli B, Safar P, 1967. Ventilation—cardiac compression rates and ratios in cardiopulmonary resuscitation. Anesthesiology, 28, 5, 806-13.

Inokuchi S, Masui Y, Miura K, Tsutsumi H, Takuma K, Atsushi I, Nakano M, Tanaka H, Ikegami K, Arai T, 2017. A new rule for terminating resuscitation of out-of-hospital cardiac arrest patients in Japan: a prospective study. The Journal of emergency medicine, 53, 3, 345-52.

Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, Tazarourte K, Bouilleau G, Pinaud V, Broche C, 2013. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med, 368, 1008-18.

Johnston C, Liddle J, 2007. The Mental Capacity Act 2005: a new framework for healthcare decision making. Journal of medical ethics, 33, 2, 94-7.

Kara H, Bayir A, Ak A, Akinci M, Uyanik A, Degirmenci S, Kalayci F, Inal F, Dogru A, 2015. Prehospital cardiopulmonary resuscitation: A survey of prehospital providers. Clinical Research, 32, 3, 103-7.

Kirimli B, Harris LC Jr, Safar P, 1966. Drugs in cardiopulmonary resuscitation. Acta Anaesthesiol Scand Suppl, 23, 255-9.

Koç S, Can M, 2009. Ölüm Kavramı ve Ölü Muayenesi. Klinik Gelişim Dergisi, 22, Adli Tıp Özel Sayısı, 11-22.

Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG, 1960. Closed-chest cardiac massage. Jama, 173, 10, 1064-7.

Mancini ME, Diekema DS, Hoadley TA, Kadlec KD, Leveille MH, McGowan JE, Munkwitz MM, Panchal AR, Sayre MR, Sinz EH, 2015. Part 3: ethical issues: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation, 132, 18_suppl_2, S383-S96.

Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P, Druwé P, Blom M, Perkins GD, Lulic I, Djakow J, Raffay V, Lilja G, 2021. European Resuscitation Council Guidelines 2021: ethics of resuscitation and end of life decisions. Resuscitation, 161, 408-32.

Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, Mancini ME, 2010. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation, 122, 18_suppl_3, S665-S75.

Morrison LJ, Verbeek PR, Vermeulen MJ, Kiss A, Allan KS, Nesbitt L, Stiell I, 2007. Derivation and evaluation of a termination of resuscitation clinical prediction rule for advanced life support providers. Resuscitation, 74, 2, 266-75.

Morrison LJ, Verbeek PR, Zhan C, Kiss A, Allan KS, 2009. Validation of a universal prehospital termination of resuscitation clinical prediction rule for advanced and basic life support providers. Resuscitation, 80, 3, 324-8.

Naess A-C, Steen E, Steen PA, 1997. Ethics in treatment decisions during out-of-hospital resuscitation. Resuscitation, 33, 3, 245-56.

Nichol G, Stiell IG, Laupacis A, De Maio VJ, Wells GA, 1999. A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. Annals of emergency medicine, 34, 4, 517-25.

Nolan JP, Hazinski MF, Billi JE, Boettiger BW, Bossaert L, de Caen AR, Deakin CD, Drajer S, Eigel B, Hickey RW, 2010. Part 1: executive summary: 2010 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Resuscitation, 81, 1, e1-e25.

Olasveengen TM, Wik L, Steen PA, 2008. Quality of cardiopulmonary resuscitation before and during transport in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation, 76, 2, 185-90.

Pakdemirli A, 2018. HASTANE ÖNCESİ RESÜSİTASYONDA ÖLÜM KARARI VE ETİK. Hastane Öncesi Dergisi, 3, 2, 75-80.

Paksoy VM, 2016. Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırması: Anglo-Amerikan Ve Franko-German Modeli. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 4, 1, 6-24.

Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, Kudenchuk PJ, Kurz MC, Lavonas EJ, Morley PT, 2020. Part 3: adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation, 142, 16_Suppl_2, S366-S468.

Payne JK, Thornlow DK, 2008. Clinical perspectives on portable do-not-resuscitate orders. Journal of gerontological nursing, 34, 10, 11-6.

Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M, 2004. International EMS systems: the United States: past, present, and future. Resuscitation, 60, 3, 239-44.

Resmi Gazete, 11.05.2000. 24046 Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği p. 1.

Resmi Gazete, 22.05.2014. 29007 sayılı Sağlık Mesleği Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik p. 13-4.

Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, 2012. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation, 125, 1, e2-e220.

Acil Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü, 2016. T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü, 12.01.2016 Tarih ve 39942531 Sayılı Yazı. Erişim tarihi 03.09.2021. Erişim adresi, https://tatd.org.tr/tr/haberler/kamuoyuna-duyuru.

Salkić A, Zwick A, 2012. Acronyms of dying versus patient autonomy. European journal of health law, 19, 3, 289-303.

Sansoy V, Onat A, Erdoğan D, Önalan O, Özdemir HM, Ural D, Yıldırır A, Özdemir O, Ergene O, Adresi YY, 2011. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.

Sasson C, Hegg A, Macy M, Park A, Kellermann A, McNally B, Group CS, 2008. Prehospital termination of resuscitation in cases of refractory out-of-hospital cardiac arrest. Jama, 300, 12, 1432-8.

Sherbino J, Guru V, Verbeek PR, Morrison LJ, 2000. Prehospital emergency medical services' ethical dilemma with do-not-resuscitate orders. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2, 4, 246-51.

Simon JR, 2007. Refusal of care: the physician-patient relationship and decisionmaking capacity. Annals of emergency medicine, 50, 4, 456-61.

Skrifvars M, Vayrynen T, Kuisma M, Castren M, Parr M, Silfverstople J, Svensson L, Jonsson L, Herlitz J, 2010. Comparison of Helsinki and European Resuscitation Council "do not attempt to resuscitate" guidelines, and a termination of resuscitation clinical prediction rule for out-of-hospital cardiac arrest patients found in asystole or pulseless electrical activity. Resuscitation, 81, 6, 679-84.

Stone SC, Abbott J, McClung CD, Colwell CB, Eckstein M, Lowenstein SR, 2009. Paramedic knowledge, attitudes, and training in end-of-life care. Prehospital and Disaster Medicine, 24, 6, 529-34.

Şener S, Yaylacı S, 2010. 2010 Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Kılavuzu "İki Kılavuz ve Günlük Pratiğimizdeki Önemli Değişiklikler". Turkish Journal of Emergency Medicine, 10, 4, 199-298.

TÜİK, 2019. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018. Erişim tarihi 28.09.2020. Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626.

Waldrop DP, Clemency B, Maguin E, Lindstrom H, 2014. Preparation for frontline end-of-life care: exploring the perspectives of paramedics and emergency medical technicians. Journal of Palliative Medicine, 17, 3, 338-41.

Yates E, Schmidbauer S, Smyth A, Ward M, Dorrian S, Siriwardena AN, Friberg H, Perkins GD, 2018. Out-of-hospital cardiac arrest termination of resuscitation with ongoing CPR: an observational study. Resuscitation, 130, 21-7.

Yenal S, Ergör A, 2013. Hastane Öncesi Acil Bakım Eğitiminde Mesleksel Risklerin Yeri. Turkish Journal of Emergency Medicine, 13, 1.

EKLER

Ek-A: SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.12.2018-E.119465

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı -050.01.04/
Konu : Kararlar

Sayın Prof. Dr. Ahmet AK

16.11.2018 Tarihli "Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramedikler Olay Yerinde Yetişkin Vakalarda Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararı (Ölüm Kararı) Vermeye Hazır mı?" başlıklı araştırma projeniz, 05.12.2018 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2018/424 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hüsnü ALPTEKİN
Başkan

NOT: 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 10.madde hükümleri uyarınca; bazı çalışmalar için etik kurul onayı alındıktan sonra, Sağlık Bakanlığı veya bağlı kuruluşlarından izin alınması zorunlu olduğundan araştırmacıların bu hususa dikkat etmeleri gerekmektedir.

Ek : Karar sureti

Evrakı Doğrulamak İçin : http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BELCS2VMJ
Akademi Mah. Yeni İstanbul Cad. No:313 Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubad Yerleşkesi Selçuklu - Konya 42250 Türkiye
Bilgi için: Samiye Selcen ÇELİK Tel:03322243963 Faks:3322412184
e-Posta :dekanliktip@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.selcuk.edu.tr selcukuniversitesi@hs01.kep.tr

Ek-B: ANKARA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİN BELGESİ





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 75252626-771
Konu : Hasan Basri KIZILDAĞ

Sn. HASAN BASRİ KIZILDAĞ

İlgi : 03/07/2020 tarihli dilekçeniz

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü " İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalında " Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hasan Basri KIZILDAĞ 'ın tez çalışmasına ilişkin komisyon kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi İshak ŞAN
Müdür a.
Acil Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:1- Dilekçe Örneği (7 Sayfa)
2- Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Mehmet Akif Ersoy mah.Bağdat cad.No.62 yenimah/ANKARA
Telefon: Faks No:
e-Posta: bilgin.calik@saglik.gov.tr İnternet Adresi: (0312) 592 4615
Bilgi için: Bilgin ÇALIK
HEMŞİRE
Telefon No: (0 312) 201 91 45
Belge Doğrulama Kodu: 9ddc21a2-eafa-4d9c-a919-81a30eb52607 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-C: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

"Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan paramedikler, olay yerinde yetişkin hastalarda Resüsitasyona başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma kararı (Ölüm kararı) vermeye hazır mı?'' konu başlıklı bir çalışma yapıyoruz. Bu çalışma ile "Paramediklerin olay yerinde Resüsitasyona başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma kararı (Ölüm kararı) verme konusundaki bilgi, deneyim ve yaklaşım düzeyi nedir?" sorusuna yanıt aranacak, karar alma ve uygulama konularında, mevcut yeterlilikleri belirlenecek ve çözüm önerileri ile literatüre katkı sağlanacaktır.

Araştırma için isim belirtme zorunluluğu yoktur. Vereceğiniz yanıtlar ve uygulama sırasında elde edilen veriler bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Hasan Basri KIZILDAĞ
S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İlk ve Acil Yardım A.B.D.
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yukarıdaki çalışma ile ilgili bilgilendirme formunu okudum.	⬭
2. Bu araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre olduğunu anladım. İstediğim takdirde bu çalışmadan çekilme kararı verebilirim.	⬭
3. Yukarıda belirtilen çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.	⬭
Katılımcı Adı Soyadı	

Ek-D: OLAY YERİNDE YETİŞKİN HASTALARDA, RESÜSİTASYONA BAŞLAMAMA VEYA RESÜSİTASYONU SONLANDIRMA KARARINI VERME YETERLİLİĞİ ANKETİ

Olay Yerinde Yetişkin Hastalarda,
Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararını
Verme Yeterliliği Anketi

Bu Çalışmanın Amacı, "Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramediklerin Olay Yerinde Resüsitasyona Başlamama veya Resüsitasyonu Sonlandırma Kararı Verme Konusundaki Bilgi, Deneyim Ve Yaklaşım Düzeyi Nedir?" sorusuna yanıt aranmasıdır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda olay yerinde resüsitasyona başlamama veya resüsitasyonu sonlandırma kararı alma ve uygulama konularında paramediklerin mevcut yeterliliklerini belirlemek ve bu alandaki eksikliklerin tamamlanması için yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

1. Yaşınız ?

   A. 20-25 B. 26-30 C. 31-35 D. 36-40 E. 40 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Çalıştığınız İstasyonun Konumu: ☐ Merkez ☐ İlçe

4. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr

5. Meslekte Paramedik Olarak Çalışma Yılınız:

   A. 0-3 B. 4-5 C. 6-10 D. 11-15 E. 16ve üzeri

6. Bir yıl içerisinde karşılaştığınız ***Kardiyopulmoner Arrest Olan*** ortalama vaka sayısı kaçtır?

   A. 0-10 B. 11-20 C. 21-30 D. 31-40 E. 41 ve üzeri

7. Bir yıl içerisinde karşılaştığınız ***Kesin Ölüm Bulguları Olan*** ortalama vaka sayısı kaçtır?

   A. 0-10 B. 11-20 C. 21-30 D. 31-40 E. 41 ve üzeri

8. Bir yıl içerisinde karşılaştığınız ***Triaj Kodu "Siyah Kod" olan*** ortalama vaka sayısı kaçtır?

   A. 0-5 B. 6-10 C. 11-15 D. 16-20 E. 21 ve üzeri

9. Karşılaştığınız ***Arrest Vakalarda*** aşağıdaki bulgulardan hangilerini gözlemlediniz?

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Fix Dilate Pupil					
Ölüm Katılığı					
Ölüm Morluğu					
Kalp Tepe Atımı Yokluğu					
EKG'de Asistoli Bulgusu					
EKG'de Ventriküler Fibrilasyon Bulgusu					
EKG'de Nabızsız Ventriküler Taşikardi Bulgusu					
Büyük Ekstremite Amputasyonu					
Vücut Bütünlüğünün Dramatik Olarak Bozulması					

10. Aşağıdaki Maddelerden hangisi veya hangilerinde ***Derhal Kardiyopulmoner Resüsitasyona Başlamayı*** düşünürsünüz? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

A. Kollapsı (Yığılmayı) takiben en az 15 dakika resüsitasyon uygulanmamış hastada
B. Ambulans ekibi olay yerine ulaştığında EKG'de asistoli bulgusu olan hastada
C. Öyküsü bilinmeyen ve kalp atımı olmayan hastada
D. Solunum çabası olmayan hastada
E. 18 yaş altı çocuk, gebe ve genç erişkinlerlerde arrest öyküsünü önemsemeden

11. Aşağıdaki olguların hangilerinde ***kardiyopulmoner resüsitasyona uzun süre devam edilmesi*** gerektiğini düşünürsünüz?

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Suda Boğulma Arrest Vakalarında					
Hipotermi Arrest Vakalarında					
Zehirlenmeler/Aşırı Doz Kimyasal Madde Alımında Arrest Vakalarda					
18 Yaş Altında Çocuk Arrest Vakalarında					
Gebe Arrest Vakalarda					
Yenidoğan Arrest Vakalarda					
Kardiyopulmoner arreste şahit olunduğunda					

12. Ölüm kararını vermede karşılaşılabilecek güçlüklerle ilgili;

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Ölüm haberi sonrasında, hasta yakınlarının vereceği tepkiyi düşünürüm.					
Ölüm kararı verme konusunda eğitimimin eksik olduğunu düşünürüm.					
Karşılaşabileceğim yasal sorunları düşünürüm.					
Ölüm kararı verdiğimde adli-kolluk kuvvetlerinin gelmesini beklemem gerekeceğinden vakayı hastaneye taşımayı düşünürüm.					
Ölüm kararını vermesi için olay yerine hekimin gelmesi gerektiğini düşünürüm.					

13. Mevcut mevzuata göre tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden veririm.

☐ Evet ☐ Hayır

14. Gerekli yasal düzenlemeler yapıldığında tüm ölüm durumlarında (özellikli durumlar dahil) olay yerinde ölüm kararını çekinmeden veririm.

☐ Evet ☐ Hayır

15. **Adli Ölüm** bulgularına sahip vakada ölüm kararını sizce kim vermelidir?

A. Olay Yerini Yöneten Paramedik
B. Olay Yerine Yönlendirilen Doktor
C. Savcı
D. Adli Tıp Doktoru
E. Cenaze Hizmetleri Görevlisi

16. "Ölüm Kararı" hatasız verebilmek için aşağıdakilerden hangisinin veya hangilerinin ***daha gerekli olduğunu*** düşünürsünüz? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

A. Ölüm sonlandırma modül eğitimi
B. Ölüm sonlandırma algoritması
C. Adli Ölüm-Olgu Eğitimi
D. Ölüm Kararının Yasal Boyutları Eğitimi
E. Paramediğin Ölüm Kararındaki Rolünü İçeren Çalıştay ve Sempozyumlar

17. Ölüm kararı vermek yasal olarak paramediğin yetki, görev ve sorumlulukları içerisinde olmalı mıdır?

☐ Evet ☐ Hayır

18. Hasta yakınlarına **ölüm haberinin verilmesi** (ölüm-yas programı) aşağıdakilerden hangisinin liderliğinde gerçekleştirilmelidir?

A. Psikiyatri Doktoru
B. Acil Tıp Uzmanı
C. Psikolog
D. Paramedik
E. Cenaze Hizmetleri Görevlisi

19. Paramediklerin ölüm kararı verme yetkisine sahip olması Acil Tıp Sistemine hangi katkıları sağlar ? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

A. Olay yerinde bekleme süremiz kısalır, böylelikle vaka daha kısa sürede sonlandırılmış olur.
B. Ölüm sonrasında ölen kişinin yakınlarının yapacakları işlemler azalır.
C. Bu yetki ile mevcut işleyişten kaynaklanan gecikmeler ortadan kaldırılır.
D. Sorunların ortadan kaldırılması yalnızca ölüm kararı verme yetkisinin verilmesi ile mümkün değildir.
E. Paramediklere Ölüm Kararı Yetkisinin verilmesi acil tıp sistemine hiçbir katkı sağlamaz.

20. Ölüm kararı verme yetkisiyle ilgili olarak kişisel düşünceniz aşağıdakilerden hangisi ya da hangileridir? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

A. Ölüm kararı verme yetkisiyle kendimi daha yeterli hissederim.
B. Ölüm kararı yetkisi iş yükümü artırır.
C. Ölüm kararı yetkisi aylık ücretimin artmasını gerektirir.
D. Ölüm kararı yetkisi nedeniyle ücret artışına gerek yoktur.
E. Ücret artışı olsa bile bu yetkiyi kesinlikle almak istemem.

TURNİTİN RAPORU

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN PARAMEDİKLER, OLAY YERİNDE, YETİŞKİN VAKALARDA RESÜSİTASYONA BAŞLAMAMA VEYA RESÜSİTASYONU SONLANDIRMA KARARI (ÖLÜM KARARI) VERMEYE HAZIR MI?

Yazar Hasan Basri Kizildağ

Gönderim Tarihi: 27-Eki-2021 02:50PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1685518664
Dosya adı: Hasan_Basri_KIZILDA.docx (229.36K)
Kelime sayısı: 13850
Karakter sayısı: 97447

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN PARAMEDİKLER, OLAY YERİNDE, YETİŞKİN VAKALARDA RESÜSİTASYONA BAŞLAMAMA VEYA RESÜSİTASYONU SONLANDIRMA KARARI (ÖLÜM KARARI) VERMEYE HAZIR MI?

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%12	%3	%9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	%5
2	www.slideshare.net İnternet Kaynağı	%3
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
4	www.umke.org İnternet Kaynağı	%1
5	www.utsakcongress.com İnternet Kaynağı	%1
6	acilci.net İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	<%1
8	www.cumhuriyet.com.tr İnternet Kaynağı	<%1

9	dspace.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
10	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	<%1
11	tr.wikipedia.org İnternet Kaynağı	<%1
12	Hamdi KABA. "Publications on Turkish Paramedics: An Investigation Covering the Period 1996-2015", Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 2016 Yayın	<%1
13	dosya.kmu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
14	www.owltail.com İnternet Kaynağı	<%1
15	file.atuder.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
16	omeralan.net İnternet Kaynağı	<%1
17	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<%1
18	www.tkd.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
19	studylibtr.com İnternet Kaynağı	

		<%1
20	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
21	qdoc.tips İnternet Kaynağı	<%1
22	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	<%1
23	Submitted to Recep Tayyip Erdogan University Öğrenci Ödevi	<%1
24	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
25	wcssr.org İnternet Kaynağı	<%1
26	aciltip.medicine.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
27	www.tekirdagyenihaber.com İnternet Kaynağı	<%1
28	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
29	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
30	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	<%1

31	Fidan Yıldız. "Role of quantitative perfusion scintigraphy evaluation in determination of the efficiency of the procedure before lung volume reduction coil treatment for severe emphysema", Tuberkuloz ve Toraks, 2017 Yayın	<%1
32	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
33	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
34	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
35	www.ssyv.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
36	ihslc.mehmetakif.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
37	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
38	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1
39	www.borconference.com İnternet Kaynağı	<%1
40	Al, Behcet, Suat Zengin, Sinem Kabul, Remzi Guzel, Emine Sarcan, and Cuma Yildirim. "Basic and Advanced Life Support Practices in	<%1

Out Of Hospital Cardiopulmonary Arrest Patients: Analysis of 27 Months", Gaziantep Medical Journal, 2013.
Yayın

41	fr.scribd.com İnternet Kaynağı	<%1
42	uhsk.org İnternet Kaynağı	<%1
43	www.atuder.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
44	KARATAŞ, Mehmet and SELÇUK, Engin Burak. "Kardiyopulmoner resüsitasyonun tarihçesi", Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012. Yayın	<%1

Alıntıları çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Kapat
Eşleşmeleri çıkar Kapat