

Resüsite Etmeyin Talimatları; Resüsite Etmeyin Talimatı Olan Çocuklarda Cerrahi Tedavi ve Anestezi Uygulaması İkilemleri

Do-Not-Resuscitate Orders; Surgical Treatment and Anesthesia Administration Dilemmas in Children Who Have Do Not Resuscitate Orders

Fatma ETİ ASLAN,^a
Özlem Kevser KOREL^b

^aHemşirelik Bölümü,
Acıbadem Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
^bMaltepe Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 06.07.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 31.01.2011

*Bu makale, XIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi
Hemşireliği Kongresi (30 Eylül-3 Ekim 2009,
Malatya)'nde sözlü bildiri (Bildiri No: HSB 21)
olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Özlem Kevser KOREL
Maltepe Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
ozlemkorel@maltepe.edu.tr

ÖZET Cerrahi son başvuru tedavi şekli olmaktan çıkarak neredeyse bir asır olmuştur. Bugün ilk düşünülen tedavi seçeneği olmasına karşın, hasta güvenliğini en fazla tehdit eden uygulamaları da içermektedir. Bu nedenle aydınlatılmış onam alınması cerrahi yolla tedavi edilecek hastaların bakımının önemli bir parçasıdır. Ancak çocuklarda bu onam aile bireylerinden alınmakla birlikte, onamın kapsamı tartışma konusudur. Çünkü terminal hastalığı olan ya da ileri derece de özürlü çocukların ebeveynleri sıklıkla çocuğun hastalığının bir sonucu olarak oluşan kardiyopulmoner arresti döndürmek için girişimde bulunulmalı mı sorusu/kararı ile karşı karşıya kalırlar. Resüsite Etmeyin Talimatları (RET), kardiyopulmoner arrestin, ölme sürecinin bir sonucu olarak spontan olarak gelişeceği varsayımı ile yazılmasına karşın, bu süreç içerisinde hasta çocuğa cerrahi girişimde bulunma zorunluluğu ortaya çıkmış ise önemli etik ikilemler gündeme gelir. Bu makalede, Resüsite Etmeyin Talimatları nedir? Ne zaman gündeme gelir? Etik ikilemler nasıl ortadan kaldırılabılır/azaltılabilir? sorularına yanıt aranacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ön talimatlar; canlandırma talimatları; etik; bilgilendirilmiş onam

ABSTRACT For centuries surgery was the last treatment option that comes into mind. Although it is one of the first options nowadays, it includes interventions that threaten the patient safety the most. For his reason, informed consent is an important part of the care of the patients who will have a surgery. As for children, parents or surrogates will sign the informed consent, but it's scope is still controversial. Because, terminally ill or seriously disabled children's parents often encounter with the question of what should be done when cardiopulmonary arrest occurred as a result of child's disease. Although Do- Not- Resuscitate (DNR) orders written under the assumption of that cardiopulmonary arrest will spontaneously occur as a result of dying process, when surgery and anesthesia is inevitable, significant dilemmas comes in to question. The purpose of this article is to seek answers for the questions what is Do-Not-Resuscitate? When it becomes an issue? How can we resolve/reduce ethic dilemmas?

Key Words: Advance directives; resuscitation orders; ethics; informed consent

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2011;19(1):43-9

Uzunca bir süredir dünya gündemini meşgul eden önemli konulardan birisi insan hakları ve dolayısıyla sağlık bakım alanlarında da hasta haklarıdır. Hasta hakları bağlamında ölme isteği, tıbben yapılacak tedaviye karşın iyileşme umudunun bulunmaması, ağrıların geçi-

rilememesi durumunda bir insan/hasta hakkı gibi görülebilir. Ayrıca hastanın sağlığı ile ilgili kararları veremez duruma geldiğinde **nasıl bir bakım** istediğini belirten talimatları içeren yazılı bir belge bırakması ve bu isteğin yeri geldiğinde uygulanması da aslında bir hasta/insan hakkıdır. Ancak bu karar yazıldığı kadar kolay uygulanmamaktadır. Uygulama aşamasında cerrahi ve anestezi gerektiren tedaviler ve çocuklarda olduğu gibi bazı yaş gruplarında karar verme esnasında etik ikilemler ortaya çıkabilmektedir. Bu makalede Resüsitate Etmeyin Talimatları (RET) ile RET'i bulunan çocuk hastalarda anestezi ve cerrahi tedavi uygulamaları ele alındı.

RET'in ilk kez gündeme gelmesi, 1960'lı yılların başında Kardiyoloji Pulmoner Canlandırma (KPC) nin gelişimine dayanmaktadır. KPC'nin gelişimi ile birlikte RET ihtiyacı da gündeme gelmiştir.¹ Çünkü KPC bir taraftan hastaların fizyolojik dengelerini düzenlerken, diğer taraftan hasta ızdırabını uzatmış ve KPC ile ilişkili iki nokta tartışılmaya başlanmıştır.² Öncelikle KPC'nin kronik hastalığı ve ilave sağlık sorunu olan (ciddi pnömoni gibi) hastalarda başarısız olduğu görülmüş, ikinci olarak da hekimler, terminal hastalığı olan olgular başta olmak üzere bazı hastaların resüsitate edilmek istemediğinin farkına varmışlardır.³ Medikal teknoloji ve tedavilerdeki ilerlemeler de, daha çok yaşam kurtarılmasına olanak sağlamış ancak ölüm sürecini çok az uzatabilmiştir.^{4,5} Yapılan çalışmalar, resüsitasyon uygulanan hastaların yarısının resüsitasyondan sonra kısa bir süre, üçte birinin 24 saat, sekizde birinin de hastaneden taburcu olabilecek kadar hayatta kaldığını göstermiştir.⁶ 1960'lı yılların sonlarında medikal literatürlerde, terminal hastalığı olan olguların tekrarlayan resüsitasyonlar sonucu çektikleri ızdırapları ve uzayan ölümlerini anlatan makaleler görülmeye başlanmıştır.^{1,2,7} Ardından 1974'te Amerikan Tıp Derneği (AMA), belli bazı durumlarda KPC endikasyonunun olmadığını (ölümün kesin olarak beklendiği, terminal hastalığı olan olgular gibi) açıklamıştır.^{1,2}

Yaşam sonuna ilişkin kararların verilmesi, bu kararlarda kimin sorumlu olması gibi konuların

tartışılması ise özellikle Batıdaki tıbbi literatürlerde yaygın hale gelmiştir. Tıbbi ekibin rolleri, akrabalar ve yasal sistem dünyanın farklı bölümlerinde oldukça değişkenlik gösterir ki bu da uluslararası bir fikir birliğinin oluşmasını zorlaştırır.⁴ Konu ile ilgili sayısız raporlar vardır ve birçok çalışma yapılmıştır, ancak bu çalışmalar ulusal ya da jeografik bölgelerle sınırlıdır ve büyük çapta uluslararası bir çalışma yapılmamıştır.⁸ Önceki çalışmalar Avrupa ülkeleri arasında önemli farklılıklar bulunduğunu göstermiştir.⁹ Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yönergeler de Avrupa'daki yönergelerden farklıdır. Bazıları bu konuda küresel bir etik sisteminin oluşturulmasını savunurken diğerleri bunun hem başarılamayacağını hem de arzu edilmeyebileceğini savunmaktadır.⁴

RESÜSİTE ETMEYİN TALİMATLARI'NIN ÖZELLİKLERİ

RET, hastanın hekimi tarafından hasta dosyasında yazılı istem olarak açıkça belirtilip imzalandıktan sonra sağlık personeli, solunum ve kalp atımı durduğunda, diğer bir deyişle kardiyak arrest geliştiğinde yaşam kurtarıcı KPC ya da diğer girişimleri yapmama konusunda bilgilendirir.^{10,11} Resmi bir belge olan RET, bakım verenlerin ya da acil durumlarda müdahale eden ekibin kolayca görüp tanıyabileceği şekilde hasta dosyasının içinde ya da evde kolay görülebilir bir yerde bulundurulur. Hastalar RET bileziği ya da madalyonu takarlar ve bakım verenler de bunu tanımaları konusunda eğitim almışlardır. RET efektif hale geldikten sonra hastaya verilecek konfor tedavisi askıya alınmaz ve ağrının azaltılmasına yönelik işlemlere bakımı verenler tarafından devam edilir. RET'i uygulama konusunda tereddütleri olan hekim ya da sağlık ekibinin diğer üyeleri hastanın bakımını RET'i uygulayacak diğer bir hekim ya da bakım ekibine devretmelidir. Etkin bir şekilde hastanın arzusunu bildiren RET herhangi bir zamanda herhangi bir şekilde iptal edilebilir. İptal hastadan yazılı bir belge olarak alınabileceği gibi, hasta bakımını sürdüren sağlık profesyoneline sözlü olarak da bildirilebilir.¹⁰

■ TÜRKİYE'DE RET İLE İLGİLİ YASAL VE ETİK YAKLAŞIM

Ülkemizde RET ile ilgili yasal bir düzenleme yoktur. Ancak 01.08.1998 tarih ve 23420 no'lu Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nde tartışmalı ve birbirleriyle çelişen ifadeler yer almaktadır. Yönetmeliğe göre ötenazi yasaktır. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi kimsenin hayatına son verilemez. Ancak kişilerin Tedaviyi Reddetme ve Durdurma hakları da vardır. Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hastanın tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkı vardır. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veya hut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir denerek aslında RET tarif edilmektedir. Ama ifade olarak yönetmelikte yer almamaktadır.

Kliniklerde uygulaması çok sınırlı olan RET, kişinin sağlığında hazırlanmış olduğu "Tıbbi Vasiyet" in bir parçasıdır. Tıbbi Vasiyet ise, kişinin kronik hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında sağlığı ile ilgili kararlar veremez duruma geldiğinde nasıl bir bakım almak istediğini sözlü, yazılı, hatta bazen tanıklı olarak belirten belgelerdir.^{12,13} Bu belgeler genellikle hekime, uygulanması istenmeyen belirli bazı tedavileri belirtir. Bununla birlikte, kişi ne kadar hasta olursa olsun isteyebileceği bir tedavi şeklini de belirtebilir. Tıbbi Vasiyet, medikal kararlar veremeyecekleri durumlarda "hasta özerkliği" kavramını yayabilmeyi sağlamaktadır.¹³ Böylece de KPC gibi gelişmiş kardiyopulmoner tekniklerle hemen hemen her hastanın kalp ve akciğerlerini çalışır durumda tutabilmenin mümkün olduğu günümüzde dahi, sağlık bakım kararlarında aslında hastanın istekleri ve değerlerinin, profesyonellerin istek ve değerlerine göre önceliğinin olması gerekliliğini yerine getirmektedir.² Aksoy ve ark. tarafından yapılan çalışmada, sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde özellikle terminal dönemdeki hastalara, kliniğin sorumlu hekiminin kararı, hasta

yakınlarının isteği ya da tıbbi cihaz yetersizliği gerekçe gösterilerek RET'in uygulandığı ifade edilmiştir.¹⁴ Yine Türk Tabipler Birliğinin "Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirgesi"nde, yaşamı destekleyen tedavilerin makul bir insanın yaşamak istemeyeceği bir hayatı dayatması ya da hastanın ağrı, acı çekme sürecini uzatmasının etik açıdan savunulamayacağı belirtilir. Bu bağlamda da; kronik hastalığının seyrinde hastaya yaşam desteği sağlanması öngörülüyorsa, hastanın asıl hekimi, hastanın yaşam desteği konusunda görüşünü sorgulamalı ve karar verme yeterliliğini yitirdiği olası durumlar için isteğini açıklamasını önermelidir. Etik bildirmede canlandırmama isteminin hasta tarafından verilmiş olabileceği gibi canlandırmanın tıbbi açıdan yararsız olduğu durumda hekim tarafından da verilebileceği belirtilmiştir. Canlandırmama emri hastanın dosyasına açıkça yazılmalı ve imzalanmalıdır. İlerisi için istem bildiren bu karar hakkında hastanın hekimi, hasta ve gerekiyorsa ailesi ile tartışmış olmalıdır.¹³

■ ÇOCUKLARDA RESÜSİTE ETMEYİN TALİMATI

RET hasta onamı ile gerçekleşir. Bebek ve çocuk hastalarda ise onam alınması konusu kendine özgü özellikler taşır.^{15,16} Bebekler anne-babaları, sağlık elemanları ve onları koruyan politikalara tamamen bağımlıdırlar, onam veremezler, seçim yapamazlar. Aile sosyal bir kurum olduğundan ve bebeğin verilen kararlara dayanak oluşturacak geçmişe yönelik bir deneyimi, bir yaşantısı da olmadığından bebeğin bireysel değerlerinin, anne babalarının toplumla uyumlu olan değerleri olduğu düşünülür. Bu bağlamda anne-babanın kendi adına konuşamayan bebek adına, bebeğin vekili olarak konuşabilme hakkı vardır. Ancak anne-babaların onamlarının geçerli olabilmesi için, bebeğin/çocuğun durumu ile ilgili tüm bilgileri almış ve anlamış olmalarının yanı sıra kararı gönüllü olarak, baskı altında olmadan vermeleri esastır.⁵ Çocuk hastalarda ise onam alma esnasında hekim, çocuk ve aile/yasal temsilci bir arada bulunmalıdır. Tıbbi kararın bu üçgen içerisinde olması da etik yönden irdelenmesi gereken

güçlükler yaratır. Çocukların tıbbi kararda ailelerine bağlı olmaları onların kendi özerkliklerini kullanabilme haklarını ellerinden almaktadır. Bu durum da günümüzün genel tıp etiği anlayışını zorlayan bir olgudur. Çocukların kendi özerkliklerini kullanabilmeleri söz konusu olduğunda da yeterlilik (competence) konusu karşımıza çıkan en önemli etik öğelerden birisi olmaktadır. Yetişkinler olarak çocukların karar verebilme yeterliliklerinin sınırlı ya da hiç olmadığını varsayalım. Kabul ettiğimiz bu eksiklik durumu bizlerin onların hakkını korumamız gerektiği şeklinde bir düşünceye yol açar. Çocukların özerkliklerinin başkaları tarafından kullanılabilir bir hak olarak görülmesi onların yaşam deneyimi ve planlı kararlar alamayacakları varsayımından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bizler onları koruyup, kollayarak güven içerisinde yaşamlarını sürdüreceği koşulları temin etmeye çalışırız. Bu kaygı aslında onları erişkin hale getirip, ileride kendi başlarına karar verebilecek duruma getirme sürecidir. Yani bizler çocukların ilerideki özerkliklerini düşünerek şimdiki özerkliklerini sınırlamaya çalışırız. Bu da aileler ve toplumun çocuk özerkliğinin sınırlandırılmasını doğru bir davranış biçimi olarak görmelerine sebep olur.¹⁷ Özerkliklerini kullanamayacakları varsayımına karşın bazı durumların istisna oluşturabileceği akıldan çıkartılmamalıdır. 1 Ağustos 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15. maddesi hastanın küçük olması veya karar verme gücünden yoksun olması durumunda sağlığı ile ilgili bilgi isteme hakkının veli ya da vasisinde olduğunu belirtmektedir. Ancak çocuklara uygulanacak tıbbi girişimlerde kural olarak veli (anne-baba) ya da vasinin vereceği onamla birlikte çocuğun bedensel, zihinsel, psikolojik ve sosyo-kültürel gelişimleri normal seyrediyorsa, çocuk ayırtım gücüne sahipse onunda görüşleri alınmalıdır.^{15,18} Bu aşamada onam/onaydan çok onların bilme ya da katılma hakları söz konusudur. Kararı onaylayacak son kişi aile ya da yasal temsilci olmakla birlikte bilme hakkına saygı göstererek, çocuğu tıbbi karara katma yönünde hekimin gayret göstermesi etik bir yükümlülüktür ve çocukla arasındaki güven ilişkisini geliştirecek bir yaklaşımdır. Yaklaşık yedi yaşından itibaren çocu-

ğun tıbbi karara katılımında bulunabileceğinden söz edilebilir.¹⁷

■ CERRAHİ VE ANESTEZİ GEREKEN ÇOCUKLARDA RET AÇISINDAN AYDINLATILMIŞ ONAM

Aslında resüsitasyon işlemleri bilgilendirilmiş onam gerektirmez. Çünkü bunlar acil girişimler olarak kabul edilirler. Ancak terminal hastalığı olan ya da ileri derecede özürlü çocuklar ve ebeveynleri, sıklıkla çocuğun hastalığının bir sonucu olarak oluşabilecek kardiyopulmoner arestte resüsitasyona teşebbüs edilmeli mi kararı ile karşı karşıya kalırlar. Geleneksel olarak hekimler, ebeveyn ya da vekiline resüsitasyon çocuk için faydalı olmayacak ve sadece ölüm zamanını uzatacaksa RET'i başlatma konusunda yaklaşımda bulunurlar. Cerrahi ve anestezi ise çocuğun tıbbi durumunda değişiklik oluşturur. Cerrah ve anestezi uzmanları için bunun perioperatif dönemi içerip içermediği konusunda aile ile konuşulup konuşulmadığından emin olamazlar. Bu konu aslında dünya gündemini de meşgul etmekte olup, Amerikan Pedyatri Derneği (AAP) tarafından yayınlanan yeni bir raporda RET'i olan ve cerrahi tedavi gerekliliği ile anestezi alması gereken çocuklarda RET'in tekrar gözden geçirilmesi gerektiği belirtilmektedir.^{19,20} Çünkü cerrahi ve anestezi hastaya ilave riskler getirmektedir.² Cerrahi girişim gerektiğinde RET'i ebeveyn ya da vekalet eden kimse, cerrah ve anestezi uzmanı birlikte gözden geçirmelidir. Bu süreç "**gerekli revize etme**" şeklinde adlandırılır. Bu süreçte aşağıdaki aşamalara değinilmelidir:

- Çocuğun ebeveyni ya da vekili ile yapılan konuşmada cerrahi girişim sırasında resüsitasyon uygulamalarının gerekebileceği olası durumlar, bu uygulamaların tanımları, başarı şansı, resüsitasyon ile ve resüsitasyonsuz muhtemel sonuçlara değinilmelidir.

- RET'i uygulama veya askıya alma kararı planlanan girişimin kaynağına, çocuğa faydasına, girişim sonrası oluşabilecek olası hasta risklerine göre verilmelidir.

■ Hekim-Aile görüşmesinin belirgin özellikleri hastanın tıbbi kaydında belgelenmelidir.

■ Cerrahi girişim sırasında RET'in uygulanması planlanıyor ise ilgili tüm personel ile iletişim kurulmalıdır.

■ Hekim ya da sağlık bakım profesyonellerinden, intraoperatif dönemde RET'i uygulamayı arzu etmeyen var ise bu vakadan çekilmeleri istenmeli ve ailenin bu arzusunun ameliyathanede yerine getirecek alternatif sağlık bakım profesyonelleri belirlenmelidir.²¹

■ İnanışlar ve kaygılar çok dikkatli bir şekilde aydınlatılmalı ve tartışılmalıdır.

■ Ebeveyn RET'in perioperatif dönemde geçici olarak durdurulmasını kabul edebilir, eğer kabul etmiş ise, bu geçici sürenin tam olarak ne zaman sona ereceğinin de belirlenmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir. **Yapılan konuşma sonunda fikir birliği elde edilemez ise, bilgilendirilmiş ebeveynin istekleri geçerli olmalıdır.** Bazı durumlarda, eğer hekim ebeveynlerin isteklerinin kendi tıbbi, etik ya da ahlaki görüşleri ile çeliştiğini düşünüyor ise, hastanın bakımının devamlılığının sağlandığından emin olduktan sonra vakadan çekilebilir.¹⁹

RET'i olan hastalar ve hekimlerle yapılan anketler göstermiştir ki, RET'in yorumlanmasında ve özellikle de ameliyathanede uygulanabilirliği ile ilgili olarak açıklık kazandırılmasına ihtiyaç vardır. Bazı hekimler RET'i uygulamanın çocuğa zarar verdiğini, geri dönme şansı olabilecek bir ölüme izin verdiklerini düşünmektedirler. Ancak diğer taraftan da gereksiz şekilde düşük yaşam kaliteli bir yaşam uzatılmamakta ve inefektif bir tedavi devam ettirilmeyerek çocuğa en iyi şekilde hizmet edilmiş olmaktadır.¹ Bu aşamada hekim çocuğun karar verebilme kapasitesi üzerinde, çok büyük dikkat ve özenle durarak onun onay verme kapasitesini artırıcı yönde davranmalıdır.¹⁷ Büyük çocuklar ve adölesanlar, nörolojik durumları, gelişimleri ve olgunluk düzeyleri elverdiği düzeyde bu konuda karar verme sürecine katılmalıdırlar.¹

CERRAHLARIN VE ANESTEZİSTLERİN ÇOCUKLARDA RET İLE İLGİLİ YAŞADIĞI İKİLEMLER

1. Anestezi herhangi bir derecede hemodinamik dengesizliği arttırarak kardiyopulmoner areste sebep olabilir,

2. Birçok rutin anestetik girişim resüsitasyon önlemleri olarak kabul edilir.

RET'in anestezi ve cerrahi müdahaleler sırasındaki durumundan anestezi literatürlerinde ilk kez 1990'lı yılların başında bahsedilmeye başlanmıştır.²² 1994 ve 1999'da ise Amerikan Anestezistler Derneği (ASA), aktif RET'i olan cerrahi hastaya bakım konusunda öneriler yayınlamıştır. Bu prensipler anestezi içeren işlemlerden önce RET'in otomatik olarak geçersiz sayılmasını açıkça reddeder, çünkü bu uygulama hastaların kendi kendine karar verme hakkını etkin bir şekilde yerine getirememektedir. RET'in gerekli revizyonunun amacı da içinde bulunulan durumda hasta için neyin en iyisi olduğuna karar vermek, aile ve hastayı RET'i askıya almaya ikna etmek değildir. Perioperatif dönemde RET'in askıya alınması bazı anestezistler tarafından ideal bir uzlaşma olarak nitelendirilir. Çünkü hekimin herhangi bir kısıtlama olmadan davranabilmesini, hasta açısından da operatif amaçların en uygun şekilde gerçekleştirilebilmesi şansını verir. Anestetik ajanlar ve teknikler, özellikle bozulmuş sağlık durumu olan hastalarda hemodinamik ve solunumsal anormalliklere sebep olabilirler. Anestetikler tarafından vital fonksiyonların kasıtlı olarak baskılanması, hastayı stabilize etme amaçlı olarak resüsitatif girişimleri gerektirebilir. Ancak anesteziden kaynaklanan arestin ameliyathane ortamındaki kontrollü çevre sebebi ile areste çok hızlı müdahale edilebileceğinden spontan kardiyopulmoner arestten daha kolay geri dönebileceği düşünülür. Hastanın yazılı RET'i olduğunda bu girişimlerin uygulanması mümkün olmaz.²¹ ASA'nın bu konudaki önerilerinde de perioperatif dönemde hasta/vekili ya da ebeveynin bilgilendirilmesi koşulu ile RET'in askıya alınması desteklenmektedir.²³

RET'in yenidoğan ve çocuk hastalarda uygulanması ise etik açıdan eşsiz derecede kendine özgüdür. Birçok hekim için aile ve/veya vekili ile yaşamın sonuna ait problem ve kararlarla ilgili konuşmak çok zordur. Bu sebeple klinik uygulamada RET aile ile ya çok ender ya da çok geç konuşulmaktadır.¹ Garros ve ark.nın yaptığı çalışmada, hastaların sadece %41'inin hekimleri ile KPC konusunda konuştukları ve %80 vakada da hekimlerin hastalarının tercihlerini yanlış anladıkları belirlenmiştir.²⁴ Hilden ve ark.nın yaptığı çalışmada da, hem ailelerin hem de hekimlerin hasta çocuğun durumunun nasıl olduğundan bağımsız olarak mümkün olan tüm tedavi seçeneklerinin kullanılmasına eğilimli oldukları görülmüştür.²⁵

1960'lı yıllardan sonra hasta ızdırabının üzerinde durulması gerekliliği ve hasta özerkliğinin geliştirilmesi/yükseltilmesi amacı ile gündeme gelen RET, özellikle RET'i olan ve cerrahi girişim ve anestezi gerektiren çocuk hastalar söz konusu

olduğunda etik ikilemleri de beraberinde getirmiştir.¹

SONUÇ

RET hem gerekli hem etik ikilemli bir durumdur. Bu nedenle bu konudaki etik ikilemlerin azaltılması/ortadan kaldırılması yolunda atılacak en önemli adım, hastanelerin çocukları da içeren hastaların, hayatlarını devam ettiren tedavilerden vazgeçmelerine izin veren RET için yazılı politikaların geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması konusunda desteklenmeleridir. Kabul edilen standartlara uygun olarak RET'in bir kez hazırlandıktan sonra, ameliyattan önce, ameliyathanedeki ve postoperatif dönemde uygulanabilirliğine karar vermek için bu tür girişimler öncesinde gözden geçirilmesi önemlidir. Bu amaçla da kurumlara özel Perioperatif RET politikaları oluşturulmalı ve uygulamaya konmalıdır. Hemşireler de bu formların oluşturulmasında aktif olarak görev almalıdırlar.

KAYNAKLAR

- Goldberg D. The Ethics of DNR Orders as to Neonatal&Pediatric Patients; The Ethical Dimension of Communication. *Houston Journal of Health Law and Policy*. 2007; 7(1): 57-82. ISSN 1534-7907
- Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD, Do-Not-Resuscitate Orders After 25 Years, *Crit Care Med*, 2003; 31(5), 1543-50
- Erkekol F Ö, Numanoğlu N, Ural Gürkan Ö, Kaya A. [Ethical Issues Related to Intensive Care]. *Journal of Thorax*. 2002; 3(3): 307-316
- Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Mélot C, et al, International Differences in End-of-Life Attitudes in the Intensive Care Unit, *Arc Intern Med*, 2005; 165: 1970-75
- H Algier L, Yagmurlu A, Gokcora IH [Ethical Problems Encountered in Newborn Surgery], *T Klin J Med Ethics*, 1998; 6: 89-93
- L Ebell MH , Practical Guidelines for Do-Not_Resuscitate Orders, *Am Fam Physician*, 1994; 50(6): 1293-9, 1303-4
- C Symmers WS, Not Allowed to Die, *BMJ*, 1968; 1: 442
- E Cook DJ, Health Professional Decision-Making in the ICU: a review of the evidence, *New Horiz*, 1997;5:15-19
- F Vincent JL, European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire, *Intensive Care Med*, 1990;16: 256-64
- Kish S K. Advance Directives in Critically Ill Cancer Patients. *Critical Care Nursing Clinics North America*. 2000; 12(3): 373-83.
- Sert H, Gozdemir M, Isık B, [Are Do-Not-Resuscitate Orders Ethically Acceptable?], *Yeni Tıp Dergisi* 2007; 24: 85-89
- [Ethical Guidelines Regarding End of Life] Turkish Medical Association Ethic Advices Workshop Reports. First Edition. Ankara, Turkish Medical Association Publications; 2008. p. 30-34. ISBN 978-605-5867-04-1
- Turkish Medical Association. [Ethical Report Regarding End of Life]. 2009. Page: 27-30
- Aksoy S, Cevik E, Edisan Z. [An Ethical Discussion on The End of Life Decision Making]. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2002;10:263-8.
- Gunduz T, Kırımlıoğlu N, Esiyoğlu B, Demiran Erdemir A. [Informed Consent and The Legal Procedures Related to Child Patient]. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2001; 9: 27-34
- American Society of Anesthesiologists; Ethical Guidelines for the Anesthesia Care of patients with Do-Not-Resuscitate Orders or Other Directives that Limit Treatment (Approved by the House of Delegates on October 13, 1993), Park Ridge, I,ASA, 1993
- Aydın E. [The Problem of Informed Consent in Children]. *Journal of Child Health and Diseases* 2003; 46: 148-152
- K Namal A, Oncel O, [Children During Terminal Phase: Ethic Issues] İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2006. p.131-35
- Fallat M E, Deshpande J K. Do-Not-Resuscitate Orders for Pediatric Patients Who Require Anesthesia and Surgery. *Pediatrics* 2004; 114: 1686-92
- J Waisel DB, Burns JP, Johnson JA, Hardart GE, Truog RD, Guidelines for Perioperative Do-Not-Resuscitate Policies, *Journal of Clinical Anesthesia*, 2002; 14: 467-73
- Basturk E, [An Appraisal of Do-Not-Resuscitate (DNR) Orders]. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2003;11(1): 12-21

22. Clemency M V, Thompson N J. Do Not Resuscitate Orders in the Perioperative Period: Patient Perspectives. *Anesthesia & Analgesia* 1997; 84: 859-64
23. Margolis J O, McGrath B J, Kussin P S, Schwinn D A. Do Not Resuscitate (DNR) Orders During Surgery: Ethical Foundations for Institutional Policies in the United States. *Anesthesia&Analgesia* 1995; 80: 806-809
24. Garros D, Rosychuk R, Cox P N. Circumstances Surrounding End of Life in a Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics* 2003; 112 (5): 371-76
25. Hilden J M, Emanuel E J, Fairclough D L, Link M P, Foley K M, Clarridge B C et al. Attitudes and Practices Among Pediatric Oncologists Regarding End-of-Life Care: Results of the 1998 American Society of Clinical Oncology Survey. *Journal of Clinical Oncology* 2001; 19 (1): 205-12.