

Perioperatif “Resüsite Edilmesin” Direktifleri ve Hemşirelik Uygulamaları

Perioperative Do-Not Resuscitate Orders and Nursing Practice: Review

Neriman AKANSEL,^a
Nursel AYDIN^a

^aCerrahi Hastalıkları Hemşireliği,
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Bursa

Geliş Tarihi/Received: 10.11.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 01.03.2010

4-7 Kasım 2009 tarihleri arasında
düzenlenen 2. Uluslararası Tıp Etiği ve
Tıp Hukuku Kongresi'nde
poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nursel AYDIN
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Bursa,
TÜRKİYE/TURKEY
nurselaydin@uludag.edu.tr

ÖZET CPR “Resüsite edilmesin” direktifi verilmedikçe rutin olarak tüm hastanelerde yapılan tıbbi bir uygulamadır. “Resüsite edilmesin” direktifi gibi daha ileri uygulamalar hastaların otonomisine daha fazla saygı gösterilmesi gerekliliğinden ortaya çıkmıştır. Cerrahi, hastalarda sağlık bakımına karar verirken pek çok medikal etik ve yasal problemler ortaya çıkarmaktadır. Resüsitasyon ile ilgili bir kılavuz belirlenmediğinde bazı etik ikilemler oluşmaktadır. Hemşireler hastaların resüsite edilmemesi ile ilgili karar verme sürecine dahil edilebilmekte veya dahil edilememektedir. Thibault-Prevost ve ark.nın çalışmalarında hemşirelerin sadece %48'nin resüsite edilmesin kararın yasal içeriğini tanımlayabildikleri görülmüştür. Katılanların çoğu (94%) hasta ve ailesinin kararlarının resüsite edilmesin direktifini vermede önemli olduğunu belirtmiştir. Cerrahi hemşireleri etik ikilemleri tanımlayabilmeli ve uygun eylemleri gerçekleştirmelidir. Perioperatif hemşirelikte etkin bir uygulama gerçekleştirmek için, her hemşire spesifik bilgi ve yeteneklerle donatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Canlandırma talimatları; hemşirelik; kardiyopulmoner canlandırma

ABSTRACT CPR is now established medical practice for all in hospital cardiac arrests unless specific do not resuscitate orders(DNR) is in place. Advanced directives such as DNR(do not resuscitate orders), have arisen from the need for greater respect for patients' autonomy. Health care decision making in surgical patients presents many difficult medical, ethical and legal problems. Whenever there are no guidelines for DNR's some ethical dilemmas arise. Nurses may or may not participate in the decision-making process of determining DNR status for patients. Thibault-Prevost et al (2000) reported only 48% of the nurses can define DNR by its legal intent. Most respondents (94%) agreed that patient and family input was important in the DNR decision. Perioperative nurses need to be able to recognize ethical dilemmas and take appropriate actions. To achieve competent practice in perioperative nursing, each perioperative nurse must be equipped with specific knowledge and skills.

Key Words: Resuscitation orders; nursing; cardiopulmonary resuscitation

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2010;18(3):192-8

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) kardiyak veya solunum arresti olan hastalara yapılan rutin müdahaledir. KPR hastane dışı koşullarda uygulanıyorsa kalbi, kan dolaşımı ve solunumu durmuş olan hastalarda; önce hastanın solunum yolu açıklığı sağlanır daha sonra göğüs kafesine dışarıdan kompresyon uygulanır. Eğer hastane şartlarında KPR uygulanacaksa gelişmiş araçlardan ve ilaçlardan faydalanılır.

KPR 1960 yılında Kouwehoven tarafından tanımlandıktan sonra yaygın olarak uygulanmaktadır. KPR ile ilgili görüş ayrılıklarını ortadan kal-

dırmak için 1992 yılında “International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)” kurulmuştur. ILCOR içinde “The American Heart Association (AHA)”, “The European Resuscitation Council (ERC)” temsilcileri bulunmaktadır. KPR ile ilgili kılavuzlar belli dönemlerde revize edilmektedir. KPR her hastanın hakkı konumuna gelmiş ve birçok hastanede her durumda KPR yapılması gerektiği görüşü benimsenmiş ve hekimlerin büyük çoğunluğu herkese KPR uygulama zorunluluğu hissetmiştir.¹

Hemşireler hastaların bakımı için hekimlerden daha fazla zaman harcamakta ve hastalarla daha uzun süre bir arada kalmaktadır. Bu nedenle hastaların fiziksel ve psikososyal durumları, yaşam sonu kararları ile ilgili bilgi sahibidirler. Bu nedenle hemşireler, hekim ve hasta arasında DNR kararı ile ilgili ilişkiyi başlatan kişilerdir. Hemşireler hastaların tercihlerini hekime iletmektedirler.² Konu ile ilgili olarak ülkemizde sağlık çalışanları genellikle paternalist bir tutum izlemektedir. Tüm dünyada halen tartışılmakta olan kardiyopulmoner resüstasyon konusu son derece karmaşık olup ülkemizde henüz kapsamlı olarak tartışılmaya başlanmamıştır.^{3,4}

“RESÜSSİTE EDİLMESİN” TALİMATINDA TARTIŞILAN NOKTALAR

“Resüsite edilmesin” kararı yaşam sonu kararlarından birini içermektedir. Uygulanmasıyla ilgili olarak ülkelere göre farklılıklar söz konusudur. A.B.D.’de tedavinin sınırlandırılması ve kesilmesi hukuki açıdan kabul edilmektedir. Hastaların tedavilerini reddetme ve tercih etme hakkı vardır ilkesi esas alınarak DNR talimatı ile ilgili yasal düzenlemeler ve uygulama kılavuzları mevcuttur. Ülkemizde ise hukuki olarak DNR talimatı ile ilgili düzenlemeler bulunmamakla birlikte, DNR talimatı pasif ötenazi kapsamı içinde ele alınmakta ve sağlık profesyonellerine konu ile ilgili hukuki sorumluluk getirilmektedir.³ A.B.D.’de “resüsite edilmesin” istemleri öncelikle palyatif bakım ilkelerinde yer almaktadır. Finlandiya da yapılan bir çalışmada ise hekimlerin görüşlerinin, istemlerinin yorumlarıyla oldukça farklı olduğu görülmüştür. Son yıllarda etik kılavuzlar “resüsite

edilmesin” kararında hasta otonomisini vurgulamaktadır. Fakat “resüsite edilmesin” istemlerinin hastaların mental kapasitelerinin azaldığı zaman verildiğini ve bunun da oldukça yanlış bir uygulama olduğu belirtilmektedir.⁵ Çalışmalar, DNR talimatı veren hastaların, ileri yaşta olduğunu, çoğunu kadın hastaların oluşturduğunu, beyaz ırktan olduğunu, bilişsel algılamalarında azalmanın başladığını ve özellikle kanser tanılı hastalar olduğunu belirtmektedir.⁶ Hakim ve ark.nın yaptıkları çalışmada ise DNR talimatı verilen hastaların çoğunun tanılarının akut respiratuar yetmezlik, multiple organ yetmezliği, kanser ve konjestif kalp yetmezliği olduğu ifade edilmiştir.⁷ Clemency ve ark.nın yaptığı çalışmada ise, DNR talimatı veren hastaların çoğunu erkeklerin oluşturduğunu ve erkek hastaların çoğunun tanılarının AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), kadın hastaların çoğunun tanılarının ise kanser olduğu belirtilmiştir. DNR talimatı veren diğer hastaların tanıları ise konjestif kalp yetmezliği, kronik renal yetmezlik, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kısa barsak sendromu olan Crohn hastalığı olarak belirtilmiştir.⁸ Var olan hastalığına pek çok ve ciddi hastalıkların eşlik ettiği hastaların, daha sıklıkla DNR kararı verdiği belirtilmektedir. DNR kararı vermede aslında kronik hastalıkların varlığından ziyade hastanın kendi sağlığı ve prognozu ile ilgili inançlarının etkili olduğu ifade edilmiştir.⁶

Bununla birlikte KPR ile ilgili etik nokta tartışılmaktadır. İlk olarak KPR’nin kronik hastalığı ve ek sağlık sorunu olan hastalarda başarısının düşük olması, ikincisi ise hekimlerin terminal hastalığı olan hastalar başta olmak üzere bazı hastaların resüsite edilmek istemediği konusunun farkına varmış olmalarıdır. Unutulmaması gereken; KPR’nin yararının arrestin gelişmesine neden olan patolojik duruma, hastanın özelliklerine, geçen zamana ve KPR tekniğine bağlı olmasıdır.⁹ Laundry ve ark. iki yıl süresince dahiliye ve cerrahi yoğun bakımda yaptıkları çalışmada, ciddi kronik hastalığı olan ve bununla birlikte akut bir olay sonucu arrest olan 114 hastayı retrospektif olarak incelemişler ve hastaların %44’ünün ilk kez resüsite edilmesine rağmen sadece 6’sının (%5) hastaneden taburcu olduğunu, taburcu olan hastaların 4’ünün

1 yıl içinde kaybedildiğini 2'sinde ise ciddi sağlık problemlerinin geliştiğini belirlemişlerdir.¹⁰ Hastanede CPR uygulanan yaklaşık 10 hastadan 4'ünde spontan dolaşım geri dönmektedir. Yaklaşık olarak 10 hastadan 1'i de hastaneden taburcu olabilmektedir. Başarıyla resüsite edilip taburcu edilen yaklaşık her 4 hastadan sadece 1'i 5 yıldan fazla hayatta kalabilmektedir. Çalışmalar ciddi hastalığı olan hastaların çok azının yoğun bakım ünitesinde resüsite edilmesine rağmen hayatta kaldığını ve yaşayanların ise prognozunun kötü olduğunu göstermektedir. Bu nedenle KPR uygulanıp uygulanmayacağı konusu, sadece arrest gelişimine değil, var olan hastalık ve hastanın bireysel değerlendirilmesi de göz önüne alınarak tartışılmalıdır.^{6,9,10}

Resüsite edilmesin kararının verilmesi için en uygun zaman konusunda da tartışmalar vardır. Hastaneye başvuruda mı yoksa kardiyak arrest riski artınca mı konuyla ilgili olarak hastalarla konuşulmalı tartışması sıklıkla yaşanmaktadır. Günümüzdeki etik kılavuzların çoğu bu konu ile ilgili karar vermede hasta otonomisini vurgularken, DNR orderlarının sıklıkla hastanın mental kapasitesi azaldığında verildiği dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalar kardiyak arrest riski artınca başlama eğiliminin olduğunu göstermektedir.^{5,7,10} Bir çalışmada, hastaların %56'sının bilincinin kapalı olması sebebiyle DNR (Do-Not Resuscitate, resüsite edilmesin) kararının tartışılması için geç kalındığı belirlenmiştir.¹¹ KPR konusunda tartışılan diğer bir noktada hasta otonomisidir. Günümüzde hekimlere KPR konusunda hasta veya hasta yakınlarından bilgilendirilmiş onay alarak otonomi ilkesine uygun davranmaları öğütlenmektedir. Ancak bu kararı vermek kolay değildir. Hastalara resüsite edilmeme ihtimalleri dile getirildiğinde kendilerini terk edilmiş hissedebilmektedirler. Bu nedenle hekimler DNR konusunda hasta ile konuşmada çekimser davranabilmektedirler.¹ Bedell ve ark.nın çalışmasında, KPR uygulanan hastaların ancak %19'unda hasta ve hekimin bu konuyu konuştuğu görülmüştür.¹²

Hekimlerin geleneksel yaşamı kurtarıp koruma görevleri kuşkusuz “salvageability” ilkesiyle bağlantılıdır. Bu görev, kurtarılabilecek hastalar için sınırsızca geçerlidir. Ölümcül hastada ise, tı-

bın güncel bilgi düzeyine göre hastanın kurtarılabileceği kesinlik kazandığında geçerliliğini yitirmektedir. Tıp açısından umutsuz bir duruma kesin gidiş gözlemlendiğinde ise, hep bireysel olayı göz önünde bulundurarak tedavinin azaltılmasından tedavinin sona erdirilmesine kadar varabilen tedavi değişiklikleri üzerinde düşünülmalıdır. Tıbbi uzmanlık ve kişisel deneyim böyle bir durumda o kadar büyük bir önem taşımaktadır ki, özellikle bu gibi kararlar tek kişi tarafından değil, ekibin tüm üyeleri tarafından verilmelidir.¹³

CERRAHİ HASTALARDA “RESÜSSİTE EDİLMESİN” KARARI

Perioperatif bakım, sıklıkla farmakolojik güçlü ilaçların kullanıldığı, kardiyopulmoner depresyon ve arrest riskinin arttığı bir dönemdir. Pek çok kişi tedavisi olmayan bir hastalığa sahip olan ve DNR talimatı bulunan hastalara cerrahi girişim uygulanmasını eleştirmektedir. Özellikle terminal dönemdeki hastalarda perioperatif mortalite ve morbidite riski yüksektir. Cerrahi işlem ve anestezi uygulanacak hastaların yaklaşık %15'inin DNR talimatı verdiği rapor edilmektedir. Burada belirtilen istemlerin verildiği cerrahi işlemlerde amaç; palyatif bakım, ağrıyı dindirmek, bakımı kolaylaştırmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. Bir çalışmada tedavisi olmayan bir hastalığa sahip ve DNR talimatı veren hastalarla yapılan görüşmede hastaların çoğu cerrahlarla aynı fikirde olduklarını belirtmişler ve cerrahiye seçme nedenlerini ağrıyı dindirmek, yaşam kalitesini arttırmak, var olan probleme bağlı semptomları azaltmak şeklinde tanımlamışlardır.^{14,15}

DNR kararı, bütün tedavinin durdurulması, tıbbi ve hemşirelik bakımının verilmemesi şeklinde anlaşılmalıdır. DNR hastanın yaşam sonu kararı hakkındaki belirlediği seçimi anlamına gelir. Hasta hakları ve kararları, hasta ameliyat odasına veya girişim odasına alındığında yok sayılamaz. Cerrahi süreç boyunca DNR kararının otomatik olarak askıya alınması hasta haklarının ve otonomisinin baltalanmasıdır. Bu nedenle preoperatif (ameliyat öncesi) dönemde bu hastalar ile cerrah ve anestezistin bire bir görüşmesi gerekmektedir. Multidisipliner tartışma önerilen bir uygulamadır. Bu

uygulama, hastayı, hasta yakınını, anestezi, cerrahi ve ameliyat sonrası ulaştırılması gereken kişileri kapsar. Hasta, hastanın ailesi ve multidisipliner ekiple birlikte konsültasyon sonrası DNR kararı alınmalıdır. Multidisipliner tartışmalar, karmaşık etik problemler ve uygulamaya yönelik sorunların çözümü için zaman kazanılmasını sağlar.^{2,14,15}

Bu tartışmalarda hastanın KPR ile ilgili düşünceleri ve istekleri, defibrilasyon ile ilgili düşünceleri dikkate alınmalıdır. Açık tartışmalar, hasta ile doktor ve diğer sağlık personeli arasında güven oluşmasını sağlar. Bütün bu uygulamalarda hastanın otonomisinin dikkate alınması önem taşımaktadır. Birçok hasta KPR direktifinin uygulanmaması ile ilgili kararı vermekte zorlanmaktadır.¹⁶

Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT) çalışmasına göre, “resüsite edilmesin” istemi verilen hastaların çoğu kardiyopulmoner arrest durumunda veya cerrahi girişim sürecinde resüsite edildiğinde, resüsitasyon başarılı olsa bile hastaneden taburcu olamamaktadırlar. KPR'nin diğer tüm tıbbi müdahalelerde olduğu gibi bazı amaçları vardır. Hayat kurtarmak, ağrıları azaltmak, herhangi bir işi yapmaktaki yetersizliği sınırlamak veya hastayı eski sağlığına kavuşturmak bunlardan bazılarıdır. KPR'ye özgü en önemli amaç klinik ölümün önlenmesidir. KPR'nin kullanılmasıyla bu amaçlara sıklıkla ulaşılamamaktadır.¹⁷

American College of Surgeons (ACS), American Society of Anesthesiologists (ASA) ve Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), önceden var olan DNR talimatının anestezi veya cerrahi öncesi mutlaka tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini belirtmektedir. American Society of Perianesthesia Nurses (ASPAN), ileri direktiflerde bulunan hastaların yeniden değerlendirilmesini ve perioperatif dönem boyunca resüsitasyona ilişkin direktiflerinin açığa kavuşturulmasını tavsiye etmektedir.^{14,15}

Perioperatif dönemde DNR uygulamaları ile ilgili kararların verilmesinde önerilen seçenekler genel olarak üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;

1. Tam resüsitasyon: Bu durumda, hasta klinik durumu ne olursa olsun, anestezi ve cerrahi girişim sırasında ve post anestezi ünitesinde resüsitasyon uygulamalarının yapılmasını talep eder.

2. Limitli/kısıtlı resüsitasyon (uygulama merkezli): Bazı hastalar anestezi veya cerrahi girişim sırasında özellikli resüsitasyon uygulamalarının yapılmasını kabul etmezler. Hasta bu uygulamaları daha önceden oluşturulmuş bir kontrol listesine bakarak seçer. Anestezistler yapılacak uygulamaların olumlu ve olumsuz yönlerini hastaya açıklarlar. Bu açıklamalar hastanın amaca ulaşmasını sağlamada önemlidir. Kontrol listelerde yer alan uygulamalar genel olarak; trakeal entübasyon, ya da airway uygulamaları, postoperatif ventilasyon, defibrilasyon, vazoaaktif ilaçlardır. Uygulama merkezli prosedürler genel olarak hangi uygulamaların daha gerekli olduklarını tanımlarlar.

3. Hedef merkezli resüsitasyon: Hasta ancak, hekimin veya anesteziistin klinik anlamda kendi sağlığı ile ilgili olarak verdiği kararlarda bu resüsitasyon girişimlerinin hedefleri karşıladığını ve kendisinin değerlerini desteklediğini bildiği sürece resüsitasyon girişimleri uygulanabilir.¹⁸

ÖNERİLEN STANDARTLAR

Sağlık çalışanları için, özellikle perioperatif alanda çalışan hekimler ve anesteziistlere göre hasta yararına her şeyi yapmak ya da elden gelen her şeyi yapmak önemli uygulamalardır. Ancak hasta yararını gözetirken, yapılacak uygulamaların belli standartlara göre düzenlenmiş olması önem taşımaktadır. Bu nedenle uygulama ilkelerinin hazırlığında aşağıda belirtilen koşullar dikkate alınmalıdır.

■ Uygulamalara yönelik ilkeler yazılı olmalıdır. Yazılı olan ilkeler, karmaşık konuların çözümünde kolaylık sağladığı gibi, kabul edilebilir çözümler üretilmesini, bunun yanı sıra toplumun konudan haberdar olmasını sağlar.

■ İlkeler kurumsal nitelikte olmalı, sadece bölümlere özel ilkeler hazırlanmamalıdır. İlkelerin hazırlanması özellikle geçiş dönemleri için önem taşımaktadır. Çünkü cerrahlar, uygulamayı yapanlar, yoğun bakım çalışanları, birinci basamak sağlık hizmetini sunanlar veya hemşireler perioperatif

DNR direktifi ile ilk karşılaşacak kişiler olup, uygulama ile ilgili kabul edilebilir seçeneklerden haberdar olmayabilirler. Farklı gruplar tarafından özellikle tıbbi, hemşirelik ve yönetimdeki personelin, içinde bulunduğu ekipler tarafından oluşturulan ilkeler daha başarı ile uygulanabilir ve uzun süreli olabilir.

■ Oluşturulan ilkeler, her hasta için perioperatif DNR orderlarının uyarlanması için çok fazla katı olmamalı ve olabildiğince esnek bir biçimde düzenlenmelidir. Terminal dönemdeki hastaların bu konu ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde; bazıları perioperatif KPR yapılmasını direktiflerinin geri çekilmesini istediklerini, bazılarının uygulamada tanımlanmış perioperatif KPR uygulamasının yapılmasını istediklerini, geriye kalanların hedeflerini belirlenmesini ve amaçların oluşturulmasını ve anestezi ya da cerrahların onların adına karar vermesini öngördüklerini ortaya koymaktadır.¹⁸

■ Perioperatif KPR uygulamasının direktifleri oluşturulurken hedef merkezli ya da uygulama merkezli seçenekleri içeren bir dil kullanılması konusunda dikkatli olunmalıdır.¹⁸⁻²⁰

■ AMELİYATHANEDE “RESÜSİTE EDİLMESİN” KARARI

KPR uygulaması, erken ölümü engelleyebilir. Bu uygulama aynı zamanda terminal hastalık sürecinin uzamasına, hastanın rahatının bozulmasına neden olduğu gibi, maddi anlamda çok sayıda kaynağın da kullanılmasını da beraberinde getirmektedir. Hastanın otonomisine saygı göstermekle birlikte özellikle ameliyathane ortamında “KPR uygulamasının yapılmaması” kararını vermek karmaşık bir süreçtir. Ameliyathane hekim ve anestezi uzmanları yapabilecek tüm uygulamaları hasta yararına yapmak eğilimindedirler.¹⁶

“Resüsite edilmesin” talimatı verilen terminal dönemdeki kanser hastaları ve palyatif cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sırasında arrest gelişirse “resüsite edilmesin” kararını uygulayıp uygulamama oldukça kritik bir süreçtir. Terminal dönemde olan hastaların intraoperatif dönemde kaybedilmesi istenmez. Çünkü bu durumda ameliyat ekibi suçlanabilir. Bu nedenle ameliyat sıra-

sında “resüsite edilmesin” talimatının uygulanmaması gerektiğini savunanlar da vardır. Karşı görüşte bulunanlar bunun hasta haklarını önemsememek anlamına geldiğini ve bunun yerine hastanın durumunun tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Yurtdışında birçok hastane ileri direktifler gerektiren bu hastalar için operatif onam formları geliştirmiştir. Perioperatif dönemde bakım sağlayan ekip konu ile ilgili var olan güncel kararların farkında değilse, pek çoğu varolan “resüsite edilmesin” kararını otomatik olarak askıya alırlar.^{1,19,20}

■ “RESÜSİTE EDİLMESİN” KARARI VE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Hasta haklarını savunmak hemşireler için bir sorumluluktur. Hemşireler yaşam sonu kararlarında, hastanın ve ailesinin kararlarının önemli olduğunu ve buna saygı gösterilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bazı çalışmalar göstermektedir ki hemşireler yaşam sonu kararlarında, hastaların ve onların aile üyelerinin baskın olmaları gerektiğine inanmaktadırlar.^{21,22}

Yapılan çalışmalar, hekimlerin konu ile ilgili olarak hemşirelerin görüşlerine yeterince saygı göstermediğini veya hekimlerin hemşireleri konu ile ilgili tartışmaya katmaya gönülsüz olduklarını göstermektedir.²⁵ Hemşirelerin bu karardaki etkisi çeşitlidir. Jezewski çalışmasında hemşirelerin “resüsite edilmesin” kararında pek çok rol oynadığını belirlemiştir²³. Hemşireler, “Resüsite edilmesin” kararını başlatmada, hekimler, hastalar ve hasta yakınları arasında aracı rolü oynamada, kararın anlamını hasta ve hasta yakınlarına anlatmada, hasta yakınlarının karar için hazır bulunuşluluğunu değerlendirmede, onlara destek olmada rol almaktadırlar.⁵

Sağlık profesyonelleri arasında “resüsite edilmesin” kararının amacı hakkında farklı görüşler ortaya çıktığında ve sağlık profesyonelleri arasında iletişim zayıf olduğunda çatışma meydana gelebilmektedir. Hemşireler hasta ve yakınlarına kararlar ilgili olarak destek olmadan önce, “resüsite edilmesin” isteminin uygunluğuna kanaat getirmenin önemli olduğuna inanmaktadırlar.²³ Bu nedenle di-

rektiflerin anlamını hekimlerden farklı da yorumlayabilirler. A.B.D.'de yapılan bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin "resüsite edilmesin" istemi verilen hastalara fiziksel ve psikososyal olarak daha az bakım verdikleri belirlenmiştir.²⁴ Thibault-Prevost ve ark.nın yoğun bakım hemşirelerinin "resüsite edilmesin" istemi ile ilgili algılarını değerlendirdikleri çalışmalarında ise, hemşirelerin %53.8'i "resüsite edilmesin" talimatı verilen hastaların diğer hastalara göre daha düşük kalitede bakım aldığına inanmadıklarını belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada kurumsal veya spesifik "resüsite edilmesin" kurallarının hemşirelik uygulamalarını kolaylaştırabileceği belirtilmiştir.²⁵ Çalışmaya katılanların %94'ü hasta ve ailesinin "resüsite edilmesin" kararının verilmesi sürecinin içinde bulunmasının önemli olduğunu ifade etmişlerdir.²⁴ Çobanoğlu ve Alger'in yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin deneyimledikleri etik problemleri tanımladıkları çalışmalarında; yaşam sonu kararları hekimlerin %48.4'ü, hemşirelerin %46.2'si için ilk sırada yer alan etik problemlerdir. Aynı çalışmada

yaşam sonu kararlarının içinde; hekimler için ilk sırada ötenazi (%45), ikinci sırada DNR kararı (%17.5), hemşireler için ilk sırada DNR kararı (%36.4) etik problemler yer almaktadır.²⁶

SONUÇ

Ülkemizde KPR'ye karar vermede, sonlandırmada, resüsitasyon sırasında aile ile ilişkilerde genellikle sağlık çalışanları olayları yönlendirerek paternalist bir yaklaşım sergilemektedir. Sergilenen bu yaklaşım gelişmiş ülkelerde ciddi eleştirilerle karşı karşıyadır ve yavaş yavaş yerini hasta ve yakınlarının katılımını içeren etik yaklaşımlara bırakmaktadır. Özellikle batılı ülkelerin hukukunda KPR ile ilgili düzenlemeler ve örnek olabilecek davalar dikkati çekmektedir. Bu nedenle kurumlarda DNR kılavuzlarının oluşturulması, kılavuzların oluşturulmasında farklı disiplinlerden (hekim, hemşire, sosyologlar, hukukçular gibi) kişilerin bulunması, ülkemizde bu yönde hukuksal düzenlemelerin yapılması, etik komitelerinden de yararlanması önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Büyükoçak Ü, Çakırca M. Anestezisi ve Yoğun Bakım ile İlgili Etik Konular. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007;5:19-30.
2. Gendt DC, Bilsen J, Stichele VR, Noortgate DVN, Lambert M, Deliens L. Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards, Journal of Advanced Nursing 2007;57(4):404-9.
3. Baştürk E. Do-Not-Resuscitate (DNR) Talimatının Temel Etik İlkeler Açısından Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003;11:12-21.
4. Yokuşoğlu M, Eryılmaz M, Baysan O. Hukuk ve etik açısından kardiyopulmoner resüsitasyon. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2008;8:374-8.
5. Hildén MH, Louhiala P, Honkasalo LM, Palo J. Finnish Nurses' Views on End-of-Life discussions and a comparison with physicians' views, Nursing Ethics 2004;11(2): 165-78.
6. Loertscher L, Reed AD, Bannon PM, Mueller SP. Cardiopulmonary Resuscitation and Do-Not-Resuscitate Orders: A Guide for Clinicians. The American Journal of Medicine 2010;123(1):4-9.
7. Hakim BR, Teno MJ, Harrell EF, Knaus AW, Wenger N. Factors Associated with Do-Not-Resuscitate Orders: Patients' Preferences, Prognoses and Physicians' Judgments. Ann Intern Med 1996;125:284-93.
8. Clemency VM, Thompson JN. Do Not Resuscitate Orders in the Perioperative Period: Patient Perspectives. Anesth Analg 1997;84: 859-64.
9. Erkekol ÖF, Numanoğlu N, Gürkan UÖ, Kaya A. Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular. Toraks Dergisi 2002;3(3):307-16.
10. Laundry FJ, Parker JM, Phillips YY. Outcome of cardiopulmonary resuscitation in the intensive care setting. Arch Intern Med 1992; 152:2305-8.
11. Haverkate I, van Delden JJ, van Nijen AB, van der Wal G. Guidelines for use of do-not-resuscitate orders in Dutch hospitals. Crit Care Med 2000;28:3039-43.
12. Bedell SE, Delbanco TL. Choices about cardiopulmonary resuscitation in the hospital. When do physicians talk with patients?. N Engl J Med 1984;156:2213-8.
13. Engelhardt VD. Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik. Çeviren: Arın Namal. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2000. s.91.
14. Guarisco KK. Managing Do-Not-Resuscitate orders in the PeriAnesthesia Period. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2004;19(5); 300-7.
15. Association of Perioperative Registered Nurses. I: AORN Position Statement: Perioperative Care of Patients with Do-Not-Resuscitate (DNR) Orders. 2009, Erişim <http://www.aorn.org/about/positions/default.htm>. Erişim tarihi 27 Ocak, 2010.
16. Ewanchuk M, Brindley GP. Ethics review: perioperative do-not-resuscitate orders- doing 'nothing' when 'something' can be done. Critical Care 2006;10:219.
17. SUPPORT Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. JAMA 1995;274:1591-8.
18. Waisel BD. Perioperative do-not-resuscitate orders. Current Opinion in Anaesthesiology 2000;13:191-4.

19. Waisel BD, Burns PJ, Johnson AJ, Hardart EG, Truog DR. Guidelines for Perioperative Do-Not-Resuscitate Policies. *Journal of Clinical Anesthesia* 2002;14:467-73.
20. Waisel D, Jackson S, Fine P. Should do-not-resuscitate orders be suspended for surgical cases?. *Current Opinion in Anaesthesiol* 2003; 16:209-14.
21. Giles H, Moule P. 'Do not attempt resuscitation' decision-making: a study exploring the attitudes and experiences of nurses, British Association of Critical Care Nurses. *Nursing in Critical Care* 2004;9(3);115-22.
22. Manias E. Australian Nurses' experiences and attitudes in the "Do Not Resuscitate" decision. *Research in Nursing&Health* 1998;21: 429-41.
23. Jezewski M.A. Do-not-resuscitate status: conflict and culture brokering in critical care units, *Heart Lung* 1994;23:458-65.
24. Sherman DA, Branum K. Critical care nurses' perceptions of appropriate care of the patient with orders not to resuscitate. *Heart Lung* 1995;24:321-9.
25. Thibault-Prevost J, Jensen AL, Hodgins M. Critical care nurses' perceptions of DNR status. *Journal of Nursing Scholarship* 2000;3:259-65.
26. Çobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics* 2004;11(5); 444-58.