

# Resüsitasyon yapmak ya da yapmamak

## Prof. Dr. Hüseyin Öz



1953'te Bursa İnegöl'de doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1978). 1982'de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, 1990'da doçent, 1996'da profesör oldu. Uzun yıllar İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapan Öz, 2012 yılından beri Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmaktadır. Aynı zamanda 1996'dan beri Adli Tıp 1. İhtisas Kurulu Asıl Üyesiği görevini yürüten Dr. Öz, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

## Yrd. Doç. Dr. Burcu Hızarcı



1981 yılında İstanbul'da doğdu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (2005). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığını tamamladı (2010). 2012 yılından beri çalıştığı Medipol Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümünde 2015'te yardımcı doçent oldu. Dr. Hızarcı halen yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır.

Yoğun bakım hekimleri ve diğer yoğun bakım çalışanları bilir ki, yoğun bakımda yatan hasta grubunun yaşam ve ölüm sınırları arasında belli belirsiz bir hat vardır. Yoğun bakım hastası "kritik hasta"dır, bu hastalara "her an, her şey olabilir", "elimizden geleni yaptığımız halde hayata döndüremediğimiz hastalarımız olmuştur". Bu sözleri söylerken, bir insanın hayatına müdahil oluruz ve aynı zamanda o insanın yaşamına, o insanın ailesinin, dostlarının ve sevdiklerinin yaşamına dokunuruz. Hastalarımızın hayata bağlanmasında emeğimizin olduğu en önemli müdahalelerin başında kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) gelir. KPR yaşam kurtarıcı bir tekniktir. Yoğun bakım hekimi yaşam ile ölüm arasındaki bu dönemde karar verirken; hastanın esas hastalığını, hastayı bu hale getiren olayları, hastanın geri döndürülebilir olup olmadığını, hastanın yaşama şansını ve kalitesini, yakınlarının durumunu, düşüncelerini, toplumun hassasiyetlerini, dini düşüncelerini, yoğun bakımlardaki yatak durumunu, maliyetini, tabidir ki hukuki ve etik açıdan olayları değerlendirmek zorundadır. Bütün bunları dakikalar ve belki de saniyeler içinde yapmak zorundadır. Ülkemizde DNR talimatıyla ilgili bir yasal düzenleme olmamakla birlikte, zaman zaman DNR düşüncesi ortaya çıkmaktadır. Hatta çalışmalarda, "klinikinizde DNR uygulaması var mı?" sorusuna katılan doktorların neredeyse yarısı "evet" cevabını vermektedir. Bütün

dünyada olduğu gibi DNR talimatlarının büyük kısmı sadece sözlü olmakta ve kayıtlara da geçmemektedir.

Hasta hakları ve tıp etiği dendiğinde günümüzde hasta otonomisine saygı gösterme hem etik, hem de yasal olarak çok önemlidir. Otonomi, bir hastanın kendisine yapılacak müdahalenin neyi içerdiğini bilmesi ve onu kabul ya da reddetmesidir. Yani kişi, kendi sağlığı ile ilgili kararı kendisi verebilmelidir. Ancak resüsitasyon kararı yalnızca hasta ya da hasta yakınının karar verebileceği bir karar olmaktan çok aşağıda irdeleyeceğimiz şekilde tıbbi, sosyal, etik, hukuku, dinsel birçok etkenden etkilenmektedir.

KPR, tanımlanmış olduğu 1960 senesinden bu yana kullanılmakta ve bu teknik günümüze kadar geliştirilerek rehberlerin ışığında uygulanmaktadır. KPR ile ilgili olarak günümüzde tartışılan ve etik ikilem yaratan noktalar bulunmaktadır. Bunların ilki, eşlik eden ciddi komorbiditesi olan hastalarda KPR'nin başarısız olduğunun görülmesidir. Diğer ise terminal dönem hastalığı olan ya da yaşlı olan hastaların resüsite edilmek istememeleridir. Bu, daha önce belirttiğimiz gibi hasta otonomisi açısından önem taşımaktadır. Bu noktada karar hastayı takip eden hekime düşmektedir ki, KPR'nin yararı altta yatan hastalığı, hastanın özelliklerine, resüsitasyona kadar geçen zamana ve resüsitasyon zamanına bağlıdır.

Literatür ışığında bu konuyu irdeleyecek

olursak, bazı gruplarda örneğin ileri yaşta yapılmış olan KPR'lerde sonuçların genellikle başarılı olmadığını görürüz. Hollanda'da 2015'te yapılmış olan bir çalışmada, hastane dışı kardiyak arrest gelişip resüsite edilen 70 yaş üstü hasta grubunda, hayatta kalma oranı yüzde 12 olarak bulunmuştur. Bu oran 80 yaş ve üzerinde yüzde 6'lara kadar düşmektedir. Diğer bir önemli nokta da, hastaların komorbiditeleridir. Amerika'da yapılan bir çalışmada, dâhili veya cerrahi YBÜ'de iki yıl süreyle, altta ciddi kronik hastalığı olan ve bunun üzerine akut olay gelişmesi sonucu arrest olan 114 hastayı geriye dönük olarak incelemişler. Hastaların yüzde 44'ü ilk kez resüsite edilmesine rağmen sadece 6'sı (yüzde 5) düzelerek hastaneden ayrılabilmiş. Ayrıca hastaneden ayrılmayı başaran 6 hastadan 4'ü 1 yıl içerisinde kaybedilmiş. Bu çalışma göstermiştir ki, ciddi hastalığı olan hastaların çok azı YBÜ'de resüsite edilmesine rağmen hayatta kalmaktadır ve yaşayanların prognozu da kötüdür. Murphey ve arkadaşları, 70 yaş ve üzerinde kardiyak arrest gelişen hastalarda yaptıkları çalışmada, 503 hastanın ancak 19'unun (yüzde 3,8) hastaneden ayrıldığını bildirmiştir. Bu görüşe paralel olarak, yapılan çalışmalarda DNR (Do not resuscitate; resüsite edilmesin) talimatı verilen hastalarda yaş faktörünün göz önüne alınmaya başladığı görülmüştür. Bu nedenle klinisyen, KPR endikasyonunu sadece arrest gelişmesine değil, hasta ve hastalık esas alınarak koymalıdır.

Tıp dünyasındaki gelişmeler ve bu bağlamda yoğun bakım ünitesinde uygulanan bakım ve verilen tedavilerin gelişmiş olması, yoğun bakıma yatırılan hastaların yaşam sürelerini uzatmaktadır. Bu sebeple terminal dönem ya da irreversible hastalığı olan hasta grubunda, iki yeni terminoloji gündeme gelmektedir. "Yaşam desteğinin verilmemesi veya kesilmesi (Withholding or withdrawal of life support)". Bu kavramların kabulü ve uygulanabilir olması gerekmektedir. Hastaya destek tedavisinin başlanması, "Withholding of life support" ve uygulanan yaşam destekleyici tedavinin kesilmesi kavramlarının kullanımının yaygınlaşmasının bir göstergesi de Redergast ve Luce'un çalışmalarıdır. Bu çalışma, 1980'li yıllarda yaşam desteğinin kesilmesi veya başlatılmamasının ölümlerin yüzde 51'ini oluşturduğunu, 1990'lı yıllarda ise bu oranın yüzde 90'a kadar yükseldiğini ortaya koymuştur. Yine başka bir çalışmada, Belçika'da terminal evredeki 258 hasta incelendiğinde olguların yüzde 65'inde yaşam desteğinin kesildiği görülmüştür.

Bu noktada devreye giren bir başka tartışma konusu da, tedaviye başlanmaması ya da tedavinin sonlandırılması açısından bir fark olup olmadığıdır. Modern etikte böyle bir fikrin olmadığı kabul edilmektedir. Buna rağmen, pratik uygulamada tedavinin kesilmesinin, tedaviye hiç başlanmamasından daha zor olduğu, 504 yoğun bakım hekiminin katıldığı bir anketle ortaya konmuştur. Bu çalışmada, katılımcıların yüzde 93'ü bazı durumlarda yaşam desteğini vermediğini söylemiş, yüzde 77'si bazı durumlarda tedavi desteğini kestiğini belirtmiştir. İsveç'te hekimler arasında yapılan bir çalışma, hekimlerin yüzde 50'sinin yaşam desteğini kesmekle yaşam desteği vermemek arasında fark olduğunu düşündüğünü göstermiştir. Hekimlerin çoğu, tedaviye başlamamanın tedaviyi sonlandırmaktan daha kolay olduğunu ifade etmişlerdir. Amerika'da yapılan geniş bir anket çalışmasında, yoğun bakım çalışanlarının çoğunda, terminal dönem hastalarda tedavinin kesilmesi veya başlatılmaması eğilimi olduğu görülmüştür. "Tedavinin kesilmesi kararını kim vermelidir?" sorusu hakkında, toplumu ve sağlık çalışanlarını kapsayan bir araştırma İsveç'te yapılmıştır. Bu çalışmada hekimlerin yüzde 61'i, hukuki açıdan onay veremeyecek durumdaki hastalarda, mekanik ventilatör desteği konusunda son kararı kendilerinin verdiğini belirtmiştir. Yine de DNR kararı; hastanın kendisinin, primer hekiminin, yoğun bakım hekiminin, ailesinin ve hatta yoğun bakım çalışanlarının görüşleri ve hukuki/etik konuların göz önünde bulundurulduğu bir süreç sonucunda verilmelidir.

Tedaviye başlamamak ya da tedaviyi

sonlandırmak konularında sağlık profesyonellerinin tavırlarıyla ilgili ikilemlerin ortaya çıkması ve bu konunun tartışılmasına her zaman açık olması nedeniyle, KPR süresinin uzun tutulması gereken ya da KPR endikasyonunun olmadığı durumları da özetle saymalıyız. Resüsitatif çabaların diğer olgulara göre daha uzun süreli ve ısrarlı gerçekleşmesi önerilen durumlar; kardiyak ilaçlar başta olmak üzere ilaç zehirlenmeleri, donma ve şiddetli hipotermi, boğulma veya boğulayazma, şimşek, yıldırım veya elektrik çarpması ve penetran travma sonrası yaşam belirtileri olduğu halde bir anda kötüleşen ve tanık olunan arest veya öncesi durumundaki olgulardır. Resüsitasyon endikasyonunun olmadığı tıbbi durumları sıralayacak olursak; hastanın geçerli bir resüsite etme ya da resüsite etmeye çalışma talimatı (DNR- DNAR) varsa, irreversible ölüm bulgularının varlığı (rigor mortis, dekapitasyon, çürüme, ölü morluğu vs.), maksimal tedaviye rağmen vital bulgular kötüleştiğinden dolayı hiçbir fizyolojik yarar beklenmiyorsa, künt travma, göçük altında kalma vb. sonrası 10 dakika içinde Revize Travma Skoru düşük (örn: 4 ün altında) olgular, vital bulguların olmadığı çoklu ekstremitte ampütasyonu olan olgular, vital bulguların olmadığı ve beyin dokusunun kısmen de olsa dışarıda bulunduğu penetran kafa yaralanmaları, iki saatten daha fazla su içinde kalma öyküsü, şiddetli kardiyak yaralanması olan olgular, şiddetli ezici (crush tip) yaralanmaları olan olguları sayabiliriz.

### **DNR (Resüsite Etme) veya DNAR (Resüsite Etmeye Çalışma) Talimatı**

Hastanın önceden vermiş olduğu talimatlar birçok ülkede bilinmekte ve hasta özerkliğinin önemini vurguladığından son derece önemli kabul edilmektedir. Bunlardan yaygın bilinen DNR (Resüsite Etme) veya DNAR (Resüsite Etmeye Çalışma) talimatıdır. Bu, hastanın solunum ya da dolaşımı durduğunda yeniden canlandırma uygulanmayacağı anlamına gelmektedir. Diğer tedaviler olan mekanik ventilasyon, nutrisyon, analjezi, sedasyon, vasopressor tedavi ve antibiyotikler devam etmelidir. Hasta bu kararı verebilecek durumda değilse, birinci derece yakınları hasta adına bu kararı verebilir. Tabidir ki bu karara hekimlerin, hastaya bakan sağlık çalışanlarının katılması, toplumun değer yargılarının ve dini tercihlerin göz önünde bulundurulması gerekir. Katoliklerde sadece ölüm sürecini uzatacaksa tedaviyi sürdürmek zorunlu değilken, İslam'a göre terminal dönemde yaşam destek ünitesine bağlı bir hastada vejetatif hayatın sürdürülmesi teşvik edilmez. Hekimler olarak hassas davranmamız ve unutmamamız gereken bir husus da, Resmi Gazetede

açıkça belirtildiği üzere sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânlarının el verdiği ölçüde, dini tercihleri bilinen hastaların son anlarında, talep şartı aranmaksızın ve hasta agonik dahi olsa, dini görevliler çağırılarak gerekli vecibelerinin yerine getirilmesi gerektiğidir.

Yaşam ve ölüm kavramlarının, bütün bu belirtilenlerin ışığında tanımlanması gerekmektedir. Bilinci kapalı, her türlü uyarana yanıt alınmayan, yatağa ve diğer insanlara bağımlı bir hasta yaşıyor mudur? Bir hastanın ölüm hakkı nerede başlar? Yaşam süresini uzatmakla hastaların ölme hakkı ellerinden alınır mı? Yaşama son verme kararı; sağlık çalışanlarının kişisel değer yargıları, hasta ve hasta yakını ile kurduğu sosyal ilişkiler, yasal kaygılar, dini ve etik düşünce yapısı, tıbbi yaklaşım ve bilgilerle ilgili, son derece komplike ve değişken bir karardır. Modern tıptaki ilerlemeler yaşam süresini uzatabilir ve hayatı destekleyebilir. Ancak yaşamın bir sonu olduğu ve ölümün bazen kurtuluş olduğu, hatırdan çıkartılmamalıdır.

### **Kaynaklar**

Beesem SG, Blom MT, VAN DER Pas MH, et al. Comorbidity and Favorable Neurologic Outcome After out-of-Hospital Cardiac Arrest in Patients of 70 Years and Older. *Resuscitation* 2015; 06-017

Kuvaki B, Boztaş N, Kaplan M, Hacıoğlu C, Yaprak E, Ayaz O. Hastanemizde Cerrahi Bölümlerde Çalışan Doktorların "Yeniden Canlandırma Yapmama" Talimatı Konusundaki Görüşleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014;28:21-26.

Laundry FJ, Parker JM, Philips YY. Outcome Of cardiopulmonary Resuscitation in The Intensive Care Setting. *Arch Intern Med* 1992; 152: 2305

McIntyre KM. Cardiopulmonary Resuscitation in Chronically Ill Patients in The Intensive Care Unit. *Arch Intern Med* 1992;152:20181-83

Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, et al. Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitation in The Elderly. *Ann Intern Med* 1989;111-205

Satar S, Karcıoğlu Ö. Acil Tıpta Etik Konular, Resüsitasyon Etiği, Resüsitasyon Yapmama Kuralları. *Kardiyak Aciller* 2008;4:57-69

Sjökqvist P, Nistun T, Svantesson M, et al. Withdrawal of Life Support Who Should Decide?

*The Ethics of Resuscitation and End of Life Decisions: ERC Guidelines for Resuscitation 2005 Section 8:171\*180*

*The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of Critical Care Medicine Professionals Concerning Forgoing Life-Sustaining Treatments. Crit Care Med* 1992; 20 320-6

Vincent JL. Forgoing Life Support in Western European Intensive Care Units: The Results of An Ethical Questionnaire. *Crit Care Med* 1999;27:1626-33

Vincent JL. Cultural Differences in End-of-Life Care. *Crit Care Med* 2001;29 (Suppl 2):52-55

Wenger NS, Pearson ML, Desmond KA, et al. Epidemiology of do-Notresuscitate Orders. Disparity by Age, Diagnosis, Gender, Race, and Functional Impairment. *Arch Intern Med* 1996;156 2497-8