

Hukuk ve etik açısından kardiyopulmoner resüsitasyon

Cardiopulmonary resuscitation in the view of ethics and law

Mehmet Yokuşoğlu, Mehmet Eryılmaz*, Oben Baysan

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kardiyoloji ve *Acil ve İlk Yardım Anabilim Dalları, Ankara, Türkiye

ÖZET

Tıp hizmeti sunulurken temel prensip hastanın olası komplikasyonlar, ters ve yan etkiler konusunda bilgilendirilmesi ve hastanın tıbbi girişimi kendi rızası ile kabul etmesidir. Ancak kardiyopulmoner resüsitasyonda bu etik normlara uymak mümkün değildir. Sağlık çalışanlarıyla hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin, hedeflerinin örtüşmediği durumlarda hukuki problem çıkabilir mi? Beklenen yaşam süresi ve kalitesi resüsitatif çabayı etkilemeli midir? Halen tüm dünyada tartışılmakta olan hukuki ve kültürel normların ülkemizde de tartışılmaya açılması amacıyla resüsitasyon işleminde hastanın otonomi hakkı, yararsızlık prensibi, resüsitasyonu sonlandırma, resüsitasyonu kimlerin yapması gerektiği, resüsitasyon esnasında hasta yakınlarıyla ilişkiler konularında, kendi fikirlerimizi mevcut kılavuzlar ve literatür bilgileri ışığında özetlemeye çalıştık. (*Anadolu Kardiyol Derg 2008; 8: 374-8*)

Anahtar kelimeler: Kardiyopulmoner resüsitasyon, etik, hukuk, kültür

ABSTRACT

In all medical and surgical interventions, the main principle is to inform the patient of possible complications, side and adverse effects of the intervention and patient's acceptance with his/her own will. However, it is impossible to obey this ethical norm in attempting cardiopulmonary resuscitation. May a legal problem arise when the goals of health care providers and the patient and family members could not be overlapped? Have expected survey and quality of life influence on resuscitative efforts? In order to discuss legal and cultural norms in our country, which is still under discussion all over the world, we tried to summarize our own opinions about the patient's autonomy, principle of futility, termination of resuscitation, who should attempt resuscitation and relations with family members during resuscitation under current guidelines and literature. (*Anadolu Kardiyol Derg 2008; 8: 374-8*)

Key words: Cardiopulmonary resuscitation, ethics, law, culture

Giriş

Modern toplumlarda tıbbi ve cerrahi tüm işlemlerin ortak amacı, öncelik sırasına göre yaşamı korumak, bireyi sağlığına kavuşturmak, acıyı dindirmek ve fonksiyon kaybını sınırlamaktır. Kardiyopulmoner resüsitasyonun bu saydıklarımızdan farklı olarak çok önemli bir hedefi daha vardır ki, bu da klinik ölümü henüz düzelebilen safhasındayken geri döndürmektir. Ancak bu, hastaların küçük bir bölümünde başarılabilir (1, 2). Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin de kabul ettiği ve iç hukukuna ithal ettiği İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin konumuzla ilgili bölümleri yaşama hakkı, insani olmayan ve zarar verici tedavilerden korunma hakkı, özel yaşam ve aile yaşamına saygı, hastanın kendi durumu ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma özgürlüğü ile

bu haklarla ilişkili olarak ayrımcılık içeren uygulamalardan korunma haklarını içerir. Bu beyannamenin ruhu insan onurunu yüceltmek ve karar vermede şeffaf olmaktır. Tüm dünyada halen tartışılmakta olan kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) konusu son derece karmaşık olup ülkemizde henüz kapsamlı olarak tartışılmaya başlanmamıştır ve bu konuda yazılanlar diğer ülkelerdeki kılavuzların tercümesi niteliğindedir (3).

Ülkemizde KPR'a karar vermede, sonlandırmada, resüsitasyon sırasında aile ile ilişkilerde genellikle sağlık çalışanları olayları yönlendirerek paternalist bir yaklaşım sergilemektedir. Bu paternalist yaklaşım gelişmiş ülkelerde ciddi eleştirilerle karşı karşıyadır ve yavaş yavaş yerini hasta ve yakınlarının katılımını içeren etik yaklaşımlara bırakmaktadır. Yine özellikle batı ülkelerinin hukukunda KPR ile ilgili düzenlemeler ve örnek olabilecek davalar dikkati çekmektedir (4).

Bu derlemede amacımız tüm dünyada henüz tartışmalı bir konu olan KPR'un etik ve hukuki boyutunu kültürel faktörlerden ileri derecede etkilenmesi sebebiyle ülkemizde de tartışmaya açmaktır. Bu amaçla dünyadaki mevcut kılavuzlar ve literatür bilgileri çerçevesinde konuyu özetleyip kendi görüşlerimizle birlikte gündeme taşıdık.

Otonomi hakkı

Modern çağda etik prensipler çerçevesinde ülkemizde de yerini alan tıp hukuku düzenlemelerinde hastanın otonomi hakkı saklıdır. Buna göre her türlü tıbbi ve cerrahi işlemden önce hastanın bilgilendirilmesi ve işlem için onayının alınması gerekmektedir. Hastanın bilgilendirilmesi, hekimin hastayı karşısına alıp işlem hakkında bilgi vermesi veya işlem ile ilgili hazır matbu formları hastanın okuyup işlem için rıza gösterdiğine dair imza vermesi demek değildir. Etik prensipler içerisinde hastanın bilgilendirilmesi; hastanın gerekli bilgiyi alması, kendi durumunu, prognozunu, önerilen girişimin doğal seyrini, tedavi alternatiflerini ve risk fayda ilişkisini anlaması demektir. Bu işlem özellikle hastanın entelektüel seviyesinin azalmasıyla zorlaşan ve vakit alan bir işlemdir. Oysa pratikte kardiyopulmoner resüsitasyonun tanımında yatan klinik ölümün geri döndürülmesi çabası için hastanın bilgilendirilmesi söz konusu olamaz. Zira karşımızda şuuru kapalı, klinik olarak ölmüş bir birey vardır. Bunun yanı sıra resüsitasyonun doğası çok hızlı davranılmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla bilgilendirme için vakit de yoktur. Sonuç olarak insanların en temel hakkı olan bilgilendirme işlemi kardiyopulmoner resüsitasyon için genellikle geçerli değildir ve paternalist yaklaşımı gerektirir. Acil durumlarda hasta onayına gerek olmadığı Amerika Birleşik Devletleri'nde de kabul edilmektedir (5)

Klinik ölümü geri döndürmeyi hedefleyen ancak, bu sırada hafiften ağıra kadar geniş bir spektrumda nörolojik hasarlarla sonuçlanabilen işlemleri yapanlar, (bu süreçte yer alan tüm sağlık çalışanları) acaba günün birinde tazminata mahkum edilirler mi? Avustralya kılavuzunda (6) kurtarıcının dava edilmekten korkmaması gerektiği öğütlenmektedir, zira dünyada iyi niyetli bir girişimden dolayı kimseye dava açılmamaktadır. Bu konuda ülkemiz hukuk sisteminde herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır ve dolayısıyla tanımlanmış bir suç söz konusu değildir.

Ölme hakkı da tüm dünyada tartışmalı bir konudur, böyle bir hakkın kabul edilebilirliği bizim fikrimizce ve İnsan Hakları Evrensel Beyannameesi gereğince söz konusu değildir. Ancak son dönem kronik hastalığı olanlar için tartışılması gerekir. Holey ve ark.nın (7) çalışmasında 1990'dan 2005'e nefrologların kronik diyaliz hastalarında tavrının değişmeye başladığını ve son dönem hastalarda (demans, iletişimsiz hastalar ve bilinci kapalı olgular) diyalize devam edilmemesinin ve KPR yapılmaması gerektiği yönünde fikir oluştuğu ortaya konmaktadır. Benzer olarak, bir diğer önemli konu da implante edilebilir, kardiyoverter defibrilatörü (ICD) olan olgulardaki yaklaşım tarzıdır. Fiziksel veya bilişsel fonksiyonları ileri derecede sınırlanmış bireylerde hastanın hekimini ICD'nin çalışmasının devamına karar verebilir mi? Bu konuda da dünyada henüz herhangi bir fikir yoktur ve tartışmalar yeni başlamıştır (8). Kuzey Amerika ve Batı Avrupa hukukunda ve KPR kılavuzlarında resüsitasyon yapmayın (Do Not Attempt Resuscitation "DNAR") kavramı ve bununla ilgili yöntemler belirtilmiştir, ancak ülkemizde henüz hukuki bir düzenleme olmadığı gibi, etik yönüyle de herhangi bir tartışma ve fikir beyanı henüz yoktur.

Yararsızlık Prensibi

Tıbbi pratikte yer alan prensiplerden birisi de yararsızlık prensibidir. Buna göre yaşam süresi ve/veya yaşam kalitesinde herhangi bir iyileşme sağlamayan girişimler beyhudedir. Burada olan etik boyutunun yanı sıra ekonomik boyutu da önem kazanmaktadır. Zira herhangi bir fayda beklenmiyorsa işlem ve zaman maliyeti de göz önüne alınmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri verileri kurtarılan her yaşam için, 50 000 \$ üzerinde maliyet öngörülmektedir (9, 10).

Bu başlık altında tartışmak istediğimiz konu, resüsitasyon sonrası prognozu belirleyen faktörlerin, resüsitasyon öncesi ve/veya esnasında göz önüne alınıp alınmamasıdır. Bilindiği gibi, resüsitasyon sonrası prognozu belirleyen faktörler, hastaya ait değişkenler ve kardiyak arrest değişkenleri olarak tanımlanmaktadır. Hastaya ait değişkenler; hastanın bilinen eşlik eden bir hastalığının varlığı ve almakta olduğu tedavidir. Kardiyak arrest değişkenleri ise; şahit olunmuş arrest, sağlık personelinin hastayla ilk temasında hastanın kalp ritmi, kardiyak arrest ile resüsitasyona başlama arasındaki süre ve defibrilasyonun yapıp yapılmamasıdır. Ancak bu faktörler tek başına veya kombine halde bile kalitatif yararsızlık prensibini karşılayamamaktadır.

Örneğin, metastatik malignitesi olanlarda kardiyovasküler kollaps geliştiğinde, resüsitasyon yapıp yapılmaması, ciddi bir ikilem olarak karşımızdadır. Metastatik malignitesi olanlar klinik olarak nispeten iyi durumda olabilirler. Yapılan çalışmalar metastatik kanserli kardiyak arrestlerin hastaneden taburcu olma şanslarının %10 olduğunu ve bunların %4'ünün yaşam süresinin bir yıl olduğunu bildirmektedir (11-13).

Bunun yanında hastayla ilk temastaki kalp ritmi resüsitasyonun, başarısı açısından en önemli değişkenlerden birisidir. Hastayla ilk temasta bradiaritmisi veya asistoli olanlar, en kötü prognoza sahiptir. Miami çalışmasında bu olguların yalnızca %9'u hastaneye ulaştırılabilmemiş ve hiç birisi taburcu edilememiştir (14). Tüm kardiyak arrestlerin yalnızca %7 ila 10'unda ilk temasta ritm sürekli ventrikül taşikardisi (VT)'dir ve sonucu en iyi olan alt gruptur. Yüzde 88'inde resüsitasyon başarılıdır ve hastaneye canlı ulaştırılabilirken %67'si taburcu edilebilir (14). Miami çalışmasında olguların en büyük bölümünü oluşturan, başlangıç ritmi ventrikül fibrilasyonu (VF) olan gruptur ve prognozları VT grubu ile asistoli grubu arasındadır. Bu olguların %40'ı başarıyla resüsite edilir ve hastaneye ulaştırılırken %23'ü taburcu olur (14). Kardiyak arrestlerin çoğunun başlangıcı, hızlı sürekli VT'dir ve kollaps ile hastayla temas zamanının uzamasına bağlı olarak ilk yardım personeli ulaşana kadar VF'ye dejenere olmaktadır.

Defibrilasyon sonrası bradiaritmiler kötü prognostik belirteçlerdir. Defibrilasyon sonrası kalp hızı 60/dk altında olanlarda prognoz kötüdür ve bu olguların %95'i hospitalizasyon öncesi veya hospitalizasyon esnasında ölürlere (15).

Eisenberg ve ark.ları (16) çalışmalarında standart kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) tekniği ile hastaneye ulaştırma ve hastanede defibrilasyon ile derhal defibrile edilerek hastaneye ulaştırılan grupları karşılaştırmış ve standart KPR grubunda olguların %23'ünün hastaneye canlı ulaştırılabildiği ve bunların %7'sinin taburcu olduğu belirtilmiştir. Buna karşılık derhal defibrile edilerek hastaneye ulaştırılan grupta olguların %53'ü hastaneye canlı ulaştırılabilirken %26'sı taburcu edilmiştir.

Bir başka çalışmada ise reaksiyon zamanı iki dakika altında ise sağkalım oranı %48, 10 dakikadan uzun ise %10'dan azdır. Bunların ortalama reaksiyon zamanı 13 dakika olup sağ kalım oranları %5'dir (17) (ilk kontakta ritmi VT, VF olanlarda ise %9.5'dir).

Hastanın resüsitasyon sonrası dış dünya ile iletişimi olmaksızın yaşaması acaba hasta ve/veya yakınları için tatminkâr bir hedef olabilir mi? Buna kim karar vermeli? Hasta mı, yakınları mı? Eğer yakınları diyorsak burada da ciddi bir tanımlamaya gitmemiz gerekmektedir. Zira birinci derece akrabalarından birisi resüsitasyonu isterken diğeri istemeyebilir. Ayrıca iletişim yeteneğini tamamen kaybetmiş yani vejetatif formda yaşayan bir insanın yaşamının değeri değişik kültürlerde ve değişik durumlarda farklı değerlendirilmektedir. Yaşamın uzatılması ve şuurun restorasyonu temel tıbbi hedefler olmasına rağmen hastanın kendi hedeflerinin ne olduğuna kim karar verecektir? Hastalığının son döneminde olan bir şahsın yaşamının bir veya iki hafta ya da bir ay daha uzatılması resüsitasyon girişimi için kabul edilebilir bir hedef midir? Uygun hedefi kim tayin etmelidir? Hasta başındaki hekim mi? Hasta yakınları mı? Hastanın bizatihi kendisi mi ya da bu konuda deneyimli olanlar mı?

İdeal olanı kardiyak arrest esnasında bu sorulara yanıt aramaktır. Kardiyak arrest sonrası resüsitasyonun sonucunu belirlemede hekimler yanılabilir ve bu kişisel önyargılarla ilgili olabilir. Kararın çerçevesini toplumsal oydaşma çizmeli. Fikrimizce toplumsal oydaşma içerisinde klinisyenler, tıbbi etik uzmanları, adli tıp uzmanları, hukukçular, sosyologlar, ilahiyatçılar ve hastanın kendisini temsilen toplumun tüm kültür ve sosyal katmanlarından insanlar olmalıdır.

Hasta yakınları hekimi uygun olmayan gereksiz girişimleri zorlayabilir. Ancak böyle durumlarda toplumsal oydaşmanın ve bunun sonucu olarak vücuda getirilen hukukun varlığında hekimin girişimi reddetme hakkı doğar. Oysa halen ülkemizde bu konuda her hangi bir hukuki düzenleme yoktur. Amerikan Tıp Cemiyeti'nin Etik ve Hukuk Konseyi 1991 yılında hastanın sorumlu hekiminin resüsitasyonun beyhude olduğuna karar vermesi durumunda, hastanın KPR yapılması yönünde geçmişteki talebine rağmen KPR yapılmayabilir demektir (18). Buna paralel olarak Amerikan Kalp Cemiyeti'nin kılavuzuna göre KPR ve ileri yaşam desteğinden fayda beklenmiyorsa (örneğin KPR ile etkili dolaşım sağlanamamışsa) sağlık çalışanları KPR'ye zorlanamaz ifadesini kullanmaktadır (19). Birleşik Krallık kılavuzları ise hastanın hekimini, hasta ve hastanın ailesiyle birlikte yerel politikalara uygun olarak resüsitasyon kararı verilmesini gerektirmektedir. Ancak tüm kurumların resüsitasyon politikasında aksi aşikar biçimde kararlaştırılmadıkça, KPR yapılması istenmektedir (20).

Resüsitasyonu sonlandırma

Hastanede resüsitasyonu sonlandırma kararı hastanın hekimine aittir. Hastane dışında ise hastayı, arrest nedenini ve resüsitasyondaki prognostik faktörleri sağlık ekibi değerlendirmek durumundadır. Bu faktörler KPR başlayana kadar geçen süre, eşlik eden hastalık, arrest öncesi durum, hastayla ilk temastaki ritmdir. Bu faktörlerin hiçbirisi ne tek başına, ne de kombine olarak gidişatı kesin biçimde belirleyemez. Kötü prognoz ile ilişkili olan en önemli faktör resüsitasyon başlayana kadar geçen süredir (21-23). Süre uzadıkça hastaneden taburcu olma ve nörolojik sistemin intakt kalma şansı azalmaktadır (24-25). Kardiyak ar-

rest sırasında nörolojik durumun geleceğini belirleyecek kesin bir kriter yoktur.

Elimizdeki mevcut bilgiler KPR ve ileri kardiyak yaşam desteğine rağmen 30 dk içinde spontan dolaşımın geri dönmemesi halinde resüsitasyonun başarılı olamayacağını ve sonlandırılabilirliğini işaret etmektedir. Eğer spontan dolaşım KPR'in herhangi bir zamanında geri dönerse resüsitatif çabanın uzatılması uygun bir hal tarzıdır. Aşırı doz ilaç veya arrest öncesi hipotermi (soğuk suda boğulma) gibi durumlarda resüsitasyonun süresi daha da uzatılmalıdır.

Ne halktan birisi, ne de sağlık personeli kardiyak arrest kurbanının mevcut veya gelecekteki yaşam kalitesini, mevcut veya tahmin edilen nörolojik duruma göre değerlendiremezler. Tahmin edilen yaşam kalitesi KPR'u sonlandırmak için asla bir ölçüt olarak kullanılamaz. Geri dönüşümsüz beyin hasarı veya beyin ölümlü resüsitasyon sırasında belirlenemez. Hastane dışı kardiyak arrestlerde sağkalım %5 ila 18 arasında değişmektedir (26-28).

Hekimler ile kardiyak arrest yaşayanlarının yaşam kalitesi değerlendirmeleri arasındaki korelasyon ise oldukça zayıftır. İnsanlar nadiren hastalıklarının geleceğini planlar ve pek çoğu KPR konusunu konuşmak ya da direktif vermek istemez. Sıradan insanlar KPR'un başarısı konusunda aşırı iyimserdirler. Bazı insanlar ise ciddi rezidüel nörolojik defisit ihtimali nedeniyle KPR'u reddederler. Gerçekte pek çok çalışmada kardiyak arrest yaşayanlarında yaşam kalitesinin kabul edilebilir düzeyde olduğu gösterilmiştir (29). SUPPORT çalışmasına göre resüsitasyon istemeyen olgular, KPR isteyen olgulara göre fikrini daha fazla değiştirmektedir (30). Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri hukukunda DNAR emri iki ay süre ile geçerli kabul edilmektedir.

Genel olarak kabul gören aşağıdaki durumlarda resüsitasyonu sonlandırılmalıdır.

- Etkili spontan dolaşım ve solunumun sağlanamaması
- Geri dönüşü olmayan ölümün aşikar belirtilerinin görülmesi (rigor mortis, dekapitasyon, ölü lekeleri)
- Kurtarıncının çevresel faktörlerle resüsitasyona devam edememesi (tehlikeli çevre kirliliği veya resüsitasyona devam edilmesi halinde diğer insanların da risk altında kalma ihtimali)
- Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulayacak personel risk altına girecekse (Silahlı çatışma sürerken ateş hattında resüsitasyon yapılamaz)
- Maksimal tedaviye rağmen ilerleyici septik şok ya da kardiyogenik şok gibi durumlarda vital fonksiyonların bozulması ve fizyolojik hiçbir faydanın beklenmediği durumlar
- Yirmi üç haftalık gebelikten önce doğanlar, doğum ağırlığı 400 g altında olanlar, anensefali, tirizomi 13 ve 18 saptanan yeni doğanlar
- Hastanın geçerli DNAR emri varsa (Bu husus Transatlantik hukukunda vardır. Ülkemizdeki hukuk sistemi içerisinde böyle bir emrin geçerliliği ya da geçersizliği ile ilgili hiç bir düzenleme yoktur.)

Resüsitasyonu kim yapmalıdır?

Holland'a da yapılan çalışmada kardiyak arreste şahit olanların %46'sı çevredekiler, %44'ü aile fertleri, %1'i ise polis olarak saptanmıştır. Sağlık ekibi olay yerine gelene kadar olguların %45'ine çevredekiler, %25'ine pratisyen hekimler, %19'una polis ve %11'ine aile fertleri temel resüsitasyona başlamışlardır. Hastaneden taburcu olma oranlarında, bu gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır (31).

ARREST çalışmasına göre kümülatif ortalama olarak kardiyovasküler kollaps sonrası, olay yerine ilk önce polis ulaşmaktadır ve ortalama reaksiyon süresi 6 dk'dır. Sağlık ekibinin ortalama reaksiyon süresi ise 11 dk'dır (32). Buna göre öncelik sırasına göre tüm sağlık çalışanları, kamu emniyet ve asayişinden sorumlu personel, itfaiyeciler ve tüm toplum KPR konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Yine tecrübelerimize göre kurumumuzda kamu, emniyet ve asayiş personeline verilen acil tıbbi müdahale ve KPR eğitimlerinde motivasyon eksikliğinin temel nedeninin personelin, bu işlemler sırasında hukuki sorumluluğunun doğabileceği korkusu olduğu gözlenmektedir. Oysa ülkemiz hukukunda sorumluluk doğuracak bir düzenleme yoktur. Bu konuda belirlenecek mevzuatın yürürlüğe sokulması ile toplumsal yarar sağlanacağı düşünülmektedir.

Resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının hasta yanında bulunması

Resisütatif eylemler sırasında bir başka tartışılmalı konu da, resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının hasta başında bulunmasına izin verilmesi konusudur. Atlantik ötesinde 1980'lerin sonunda bu konu tartışmaya açılmış ve 1990'larda hasta yakınlarına izin verilmeye başlanmıştır. Avrupa Kıtası'nda ise bu konunun gündeme gelmesi 3. Milenyumla birlikte. Günümüze kadar geçen zamanda batı toplumlarında, hasta yakınlarına izin verilmeye başlanmıştır ve popüler bir konu olması nedeniyle de çokça tartışılmaktadır. Amerikan Kalp Cemiyeti, Avrupa ve Avustralya kılavuzları mümkün olduğunca hasta yakınlarına resüsitasyon sırasında hasta yanında bulunmaları için fırsat verilmesini önermektedir (1, 6, 19, 20).

Ülkemizde ise hali hazırdaki uygulamalarda resüsitasyon esnasında hasta yakınlarına hasta başında bulunma izni verilmektedir. Bu izni acaba sağlık personeli kendi inisiyatifini kullanarak mı vermiyor, yoksa hasta yakınlarının bu yönde bir talebi mi yok? Bu soruya yanıt arayan iki çalışmanın sonuçlarına göre böyle bir uygulamadan, bu uygulamanın sağlayacağı fayda ve zararlardan haberdar olmadığımız görülmektedir (33, 34). Badir ve Sepit'in (34) İstanbul ili üniversite, devlet ve Sosyal Sigortalar hastaneleri acil servislerinde çalışan hemşirelerle ve Yanturalı ve ark.'larının (33) üniversite hastanelerinin acil tıp servislerinde çalışan hekimlerle yaptıkları çalışmalarda sağlık çalışanlarının hiçbirisi resüsitasyon sırasında hasta yakınlarını hasta yanına davet etmemiş ve hemşirelerin $\frac{3}{4}$ 'ü hekimlerin ise %82.8'inin hasta yakınlarının resüsitasyon sırasında hasta yanında olmaması gerektiği yönündeki inançlarını ifade etmiştir. İlginç bir diğer saptama ise hekimlerin sadece %9'u kendilerine resüsitasyon uygulanması halinde yakınlarının kendi yanlarında olmasına izin vermesini arzu ettiklerini beyan etmişlerdir (33). Bunun yanı sıra hasta yakınlarının ise %78.4'ünün hastaları resüsite edilirken onların yanında olmayı arzu etmediklerini ifade etmişlerdir (34). Her iki çalışma da ülkemizde hiçbir sağlık kuruluşunun resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının hasta yanında bulunmasını düzenleyen politikası veya protokolü olmadığını bildirmektedir. Oysa Kuzey Amerika'da bu yönde protokolü olmayan hastane oranı %5 iken (35) bu oran Avrupa'da %5.6'dır (36). Hemşirelerin %88.5'i, hekimlerin %82.7'si hasta yakınlarının olmaması fikrine gerekçe olarak resüsitasyon ekibi ile hasta yakınları arasında olası gerginliklerin yaşanabileceği ve resüsitasyon ekibi üzerindeki stresin artacağı fikrinden hareket etmektedir (33, 34). Bunun yanı sıra hasta yakınlarını psikolojik sarsıntıdan koruma kaygısı ile has-

ta yakınlarının resüsitasyonu sonlandırma kararını etkileyebileceği endişesidir. Bu endişeler önceleri batı ülkelerinde de dile getirilmiş ancak hasta yakınlarına izin verildiğinde hasta yakınlarının psikolojik travmasının azaldığı bizzat kendilerince ifade edilmiştir (37-41). Boyd ve White (42) ise çalışmalarında hasta yakınlarının hasta yanında bulunmasının, sağlık ekibi üzerindeki stresi arttırmadığını bildirmişlerdir.

Sonuç

Kardiyopulmoner resüsitasyon konusunda ülkemizde yeterli çalışma yoktur, bunun yanı sıra ne sağlık çalışanlarımızın, ne toplumumuzun, ne de toplum önderlerinin herhangi bir tecrübesi olmadığı kanaatindeyiz. Bu konuda düşünce oluşturulurken ve uygulanabilir protokoller hazırlanırken sağlık çalışanları (resüsitasyonu uygulayanlar), psikiyatristler, sosyologlar, hukukçular ve toplum önderlerinin konuyu enine boyuna araştırmaları, tartışmaları ve sonuçta ülkemiz gerçekleriyle örtüşen, ithal ve tercüme olmayan kılavuzlar hazırlamaları gerektiği ve bu kılavuzlara şiddetle ihtiyaç olduğu inancındayız.

Kaynaklar

1. Baskett PJ, Steen PA, Bossaert L; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2005; 67 Suppl 1: S171-80.
2. Böttiger BW, Grabner C, Bauer H, Bode C, Weber T, Motsch J, et al. Long term outcome after out-of-hospital cardiac arrest with physician staffed emergency medical services: the Utstein style applied to a midsized urban/suburban area. Heart 1999; 82: 674-9.
3. Kurtipek Ö. Kardiyopulmoner resüsitasyonun etik yönü. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007; 3: 92-6.
4. Cantor MD, Braddock CH 3rd, Derse AR, Edwards DM, Logue GL, Nelson W, et al. Do-not-resuscitate orders and medical futility. Arch Intern Med 2003; 163: 2689-94.
5. Halperin H, Paradis N, Mosesso V Jr, Nichol G, Sayre M, Ornato JP, et al. Recommendations for implementation of community consultation and public disclosure under the Food and Drug Administration's "Exception from informed consent requirements for emergency research": a special report from the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee and Council on Cardiopulmonary, Perioperative and Critical Care: endorsed by the American College of Emergency Physicians and the Society for Academic Emergency Medicine. Circulation 2007; 116: 1855-63.
6. Australian Resuscitation Council. Adult advanced life support: Australian Resuscitation Council Guidelines 2006. Emerg Med Australas 2006; 18: 337-56.
7. Holley JL, Davison SN, Moss AH. Nephrologists' changing practices in reported end-of-life decision-making. Clin J Am Soc Nephrol 2007; 2: 107-11.
8. Berger JT. The ethics of deactivating implanted cardioverter defibrillators. Ann Intern Med 2005; 142: 631-4.
9. Swor R, Compton S. Estimating cost-effectiveness of mass cardiopulmonary resuscitation training strategies to improve survival from cardiac arrest in private locations. Prehosp Emerg Care 2004; 8: 420-3.
10. Nichol G, Valenzuela T, Roe D, Clarc L, Huszti E, Wells GA. Cost effectiveness of defibrillation by targeted responders in public settings. Circulation 2003; 108: 697-703.

11. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF Jr, Desbiens N, et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1-12.
12. Kennedy BJ. Communicating with patients about advanced cancer. *JAMA* 1998; 280: 1403-4.
13. De Vos R, Haes HC, Koster RW, de Haan RJ. Quality of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch Intern Med* 1999; 159: 249-54.
14. Myerburg RJ, Conde CA, Sung RJ, Mayorga-Cortes A, Mallon SM, Sheps DS, et al. Clinical, electrophysiologic and hemodynamic profile of patients resuscitated from prehospital cardiac arrest. *Am J Med* 1980; 68: 568-76.
15. Liberthson RR, Nagel EL, Hirschman JC, Nussenfeld SR. Prehospital ventricular defibrillation. Prognosis and follow-up course. *N Engl J Med* 1974; 291: 317-21.
16. Eisenberg MS, Copass MK, Hallstrom AP, Blake B, Bergner L, Short FA, et al. Treatment of out-of-hospital cardiac arrests with rapid defibrillation by emergency medical technicians. *N Engl J Med* 1980; 302: 1379-83.
17. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. The problem of out-of-hospital cardiac-arrest prevalence of sudden death in Europe today. *Am J Cardiol* 1999; 83 (Suppl 5B): 88D-90D.
18. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA* 1991; 265: 1868-71.
19. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 2: Ethical Issues. *Circulation* 2005; 112 (24 Suppl): IV6-IV11.
20. British Medical Association; Resuscitation Council (UK); Royal College of Nursing. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: a joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. *J Med Ethics* 2001; 27: 310-6.
21. Barzilay Z, Somekh M, Sagy M, Boichis H. Pediatric cardiopulmonary resuscitation outcome. *J Med* 1998; 19: 229-41.
22. Kuisma M, Suominen P, Korpela R. Paediatric out-of-hospital cardiac arrests: epidemiology and outcome. *Resuscitation* 1995; 30: 141-50.
23. Quan L, Wentz KR, Gore EJ, Copass MK. Outcome and predictors of outcome in pediatric submersion victims receiving prehospital care in King County, Washington. *Pediatrics* 1990; 86: 586-93.
24. Ronco R, King W, Donley DK, Tilden SJ. Outcome and cost at a children's hospital following resuscitation for out-of-hospital cardiopulmonary arrest. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 210-4.
25. Schindler MB, Bohn D, Cox PN, McCrindle BW, Jarvis A, Edmonds J, et al. Outcome of out-of-hospital cardiac or respiratory arrest in children. *N Engl J Med* 1996; 335: 1473-9.
26. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J, Gardelov B. Survival after cardiac arrest outside hospital in Sweden. Swedish Cardiac Arrest Registry. *Resuscitation* 1998; 36: 29-36.
27. Ekstrom L, Herlitz J, Wennerblom B, Axelsson A, Bang A, Holmberg S. Survival after cardiac arrest outside hospital over a 12-year period in Gothenburg. *Resuscitation* 1994; 27: 181-7.
28. Kuisma M, Maatta T. Out-of-hospital cardiac arrests in Helsinki: Utstein style reporting. *Heart* 1996; 76: 18-23.
29. Nichol G, Stiell IG, Hebert P, Wells GA, Vandemheen K, Laupacis A. What is the quality of life for survivors of cardiac arrest? A prospective study. *Acad Emerg Med* 1999; 6: 95-102.
30. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospital patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591-8.
31. Waalewijn RA, Tijssen JG, Koster RW. Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARRESUST). *Resuscitation* 2001; 50: 273-9.
32. Waalewijn RA, de Vos R, Koster RW. Out-of-hospital cardiac arrests in Amsterdam and its surrounding areas: results from the Amsterdam resuscitation study (ARREST) in 'Utstein' style. *Resuscitation* 1998; 38: 157-67.
33. Yanturali S, Ersoy G, Yuruktumen A, Aksay E, Suner S, Sonmez Y, et al. A national survey of Turkish emergency physician's perspectives regarding family witnessed cardiopulmonary resuscitation. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 441-6.
34. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 83-92.
35. MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Am J Crit Care* 2003; 12: 246-57.
36. Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 557-68.
37. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987; 16: 673-5.
38. Redley B, Hood K. Staff attitudes towards family presence during resuscitation. *Accid Emerg Nurs* 1996; 4: 145-51.
39. Belanger MA, Reed S. A rural community hospital's experience with family-witnessed resuscitation. *J Emerg Nurs* 1997; 23: 238-9.
40. Eichhorn DJ, Meyers TA, Mitchell TG, Guzzetta CE. Opening the doors: family presence during resuscitation. *J Cardiovasc Nurs* 1996; 10: 59-70.
41. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *J Emerg Nurs* 1998; 24: 400-5.
42. Boyd R, White S. Does witnessed cardiopulmonary resuscitation alter perceived stress in accident and emergency staff? *Eur J Emerg Med* 2000; 7: 51-3.