

Palyatif Bakım Hastalarına Resüsitasyon Uygulayan Sağlık Çalışanlarının Deneyimleri

The Experiences of Health Workers Applying Resuscitation to the Patients in Palliative Care

Metin Dinçer¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı palyatif bakım merkezinde çalışan doktor ve hemşirelerin resüsitasyon (CPR) deneyimlerini ortaya koymaktır.

Materyal ve Metot: Çalışma fenomenolojik olarak tasarlanmış tanımlayıcı nitel bir çalışmadır. Çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeyi kabul eden altı doktor ve dört hemşire ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Daha sonra bu görüşmeler çözümlenmiştir. Bu çözümlenmelerden elde edilen verilerin analizinde tematik analiz kullanılmıştır.

Bulgular: Palyatif bakım merkezlerinin sayısının artması ile birlikte, bu merkezlerden hizmet alan yaşam sonundaki hastaların sayısında da belirgin bir artış yaşanmaya başlamıştır. Palyatif bakımda amaç ne yaşamı uzatmaktır ne de ölümü hızlandırmaktır. Yaşam sonu bakım hizmeti alan hasta ölünce CPR yapılması etik ikilemler ve hukuki sorunlar oluşturmaktadır. Bu ikilemlere ve sorunlara rağmen doktorlar ve hemşireler CPR yapmaya devam etmektedirler. Bu duruma neden olan dört alt tema tespit edilmiştir. Bu temalar şu şekildedir: "Hastanın durumunu biliyorum. Ama...", "Empati kuruyorum. Ama...", "Hasta yakınından korkuyorum.", "Hukuki düzenlemelerdeki eksikliklerden korkuyorum.". Bu alt temaların oluşturduğu ana tema ise "kendimi güvende hissetmiyorum" dur.

Sonuç: Araştırma bulgularına göre temel problem, sağlık çalışanları CPR yapılmaması gerektiğini düşündükleri yaşam sonu bakımı alan hastaya, kendilerini güvende hissetmedikleri için CPR yapmak zorunda kalmalarıdır. Bu durum hem hukuki hem de etik tartışmaları beraberinde getirmektedir. Ayrıca etik ikilemlere de neden olmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinde yaşam sonu hizmet alan hastalara ne tür hizmetlerin verileceği, PB hizmet rehberleri ile belirlenmeli ve bu hizmetlerin kapsamı ve içerikleri sağlık personeli ve vatandaşlarla paylaşılmalıdır. Yaşam sonu bakım alan hastalar için CPR uygulamaları hakkında ortaya konacak hukuki ve etik düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım tanım, nitel çalışma, empati, kardiyopulmoner resüsitasyon, CPR

Abstract

Objectives: The aim of this study is to bring out the experience of health workers in the palliative care center about resuscitation (CPR) applied in the palliative care.

Materials and Methods: This study is a descriptive qualitative study which is designed phenomenologically. Purposive sampling method is used for the study. The interviews were conducted with six doctors and four nurses, who accept to interview, by semi-structured interviews. Then, these interviews were transcribed. Thematic analysis was used for analyzing the data obtained from these transcripts.

Results: With increasing number of palliative care centers, end-of-life patients who got served by those centers significantly increased as well. In palliative care centers, the aim is neither to hasten or postpone death. Applying CPR to the patient, who takes end-of-life care, leads ethical dilemma and legal issues. Despite this dilemma and issues, health workers continue to apply CPR. Four sub-themes which causes this issue were described. These sub-themes are as follows: "I know my patient's condition, However...", "I empathize. However...", "I am afraid of the patient's relatives", "I am afraid of the shortcoming in legal regulations.". The main theme consists of these sub-themes is "I do not feel safe".

Conclusion: The main problem according to the findings of the study is, even though health workers think CPR should not be applied to the patient who takes end-of-life care, they had to apply CPR because they do not feel safe themselves. This situation leads both legal and ethical discussions. Moreover, it causes ethical dilemma. The services which will be provided to the patients, who take end-of-life care in palliative care centers, should be determined with palliative care service guidance and the

coverage and content of these services should be shared with health employees and citizens. There is a need for legal and ethical regulations on CPR applications for the patients taking end-of-life care.
Key words: Palliative care definition, qualitative research, empathy, Cardiopulmonary Resuscitation, CPR

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Metin Dinçer

e-posta: drmetindincer@yahoo.com

Geliş Tarihi: 12.01.2019

Kabul Tarihi: 10.03.2019

Giriş

Modern tıptaki ilerlemeler yalnızca insan ömrünü uzatmakla kalmamış, aynı zamanda evde gerçekleşen ölümlerin hastanede gerçekleşen ölümlerle yer değiştirmesine neden olmuştur.¹ Palyatif bakım (PB) Merkezleri halkta duyarlılığı artırmış ve çeşitli seçenekler sunarak, PB'de ölümü tartışma konusu haline getirmiştir.² PB hizmetleri, ülkemizde son birkaç yıl içerisinde inanılmaz bir ivme kazanmış olsa da hala emekleme döneminde. 2012 Yılı sonlarına doğru, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından verilen bir görüş yazısı ile palyatif bakım hizmetlerinin geri ödenmesi sağlanmıştır.³ Daha sonra 2014 yılında ve 2015 yılında çıkarılan yönergelerle PB merkezlerinin önü açılmıştır.^{4,5} 2019 Ocak ayı itibari ile PBH 81 ilde 4.704 yatak ile 355 sağlık tesisi tarafından verilmektedir.⁶

PB tanımı şu şekildedir: Hayati tehlikesi olan hastalıkların erken teşhis edilmesi, hatasız değerlendirilmesi, bu hastalıklar vesilesiyle oluşan ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin tedavi edilmesi yoluyla, söz konusu hastalığın önlenmesi ve rahatsızlıkların giderilmesini sağlayarak (bu hastalıktan muzdarip) hastaların ve onların ailelerinin hayat kalitesini artıran bir yaklaşımdır.⁷ Geçmişte, ülkemizde, her ne kadar çeşitli sağlık kurumları tarafından palyatif sağlık hizmetleri verildiği çeşitli yayınlarda ve toplantılarda ifade edilse de bu hizmetlerin kapsamı ve içeriği tam olarak belli değildir.

2010 Yılında başlatılan Palya-Türk projesi ile kanser hastaları için PB hizmetleri ön plana çıkartılmıştır.⁸ Dünya Sağlık Örgütü'ne göre PB'ye ihtiyaç duyan kanser dışı hastaların oranı %66'dır.⁷ Ülkemizde yapılan çalışmalara göre de PB'ye ihtiyaç duyan kanser dışı hasta oranı %61,6 ve %56,1 olarak belirlenmiştir.^{9,10}

Her yıl, %6'sını çocukların oluşturacağı, en az 20 milyon insanın yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyacağı, tahmin edilmektedir.⁷ Manevi olarak yaşam sonunun kabul edilmiş evrensel bir tanımı olmadığı gibi, kişinin ne zaman yaşam sonuna geçeceği de açık bir şekilde belli değildir.^{11,12} "Aktif ölüm", "yaşam sonu", "terminal hastalık", "terminal bakım" gibi terimler çok yaygın bir şekilde kullanılmasına rağmen, nadiren tutarlı bir şekilde tanımları yapılmaktadır.¹³ Bu terimler, sınırlı yaşam süresi olan, ilerleyici ve geri dönüşü olmayan bir hastalığı ifade etmektedir.¹³ Bu sırada hasta ve ailesine PB ve destek verilerek, hasta ölene kadar mümkün olduğunca kaliteli yaşamları için yardım edilir.¹⁴

Ülkemizde, hastanelerde ölüm gerçekleştiğinde, büyük çoğunlukla hastalara resüsitasyon uygulanmaktadır. Resüsitasyon yeniden canlandırma, hayata döndürme veya solunum ya da kan dolaşımının durmasından hemen sonra, bu sistemin kimyasal

ya da mekanik etkenlerle yapay olarak tekrar çalıştırılmasıdır (kardiyopulmoner resüsitasyon -CPR).¹⁵

Ülkemizde, hastanede karşılaşılan solunum veya kalp durmasında, mavi kod uyarısı verilmekte ve sonrasında CPR yapılmaktadır.¹⁶ Muazzam bir gayret gerektiren CPR'ın başarısını etkileyen pek çok faktör vardır ve sonuçları da çok değişkendir. Kalp durmasıyla dolaşım da durmaktadır ve dokuların ihtiyacı olan oksijen, dokulara taşınmamaktadır.^{17, 18} Bu durumdan en fazla etkilenen organ, oksijen eksikliğine en hassas organ olan beyin olmaktadır.^{17,19} CPR sonrası çeşitli derecede hafıza kaybından kalıcı bitkisel hayata kadar değişen nörobilişsel fonksiyon kayıpları ve hatta beyin ölümüne yol açan, anoksik beyin zedelenmesi gerçekleşebilmektedir.¹⁹

PB'nin amacı ne yaşamı uzatmak ne de ölümü hızlandırmaktır.⁷ CPR'daki amaç ise hastanın yaşamını uzatmaktır. PB'de yatan bir hastaya CPR uygulanması bu anlamda tam bir ikilem oluşturmaktadır. Bu ikilem hem etik hem de hukuki olarak tartışmalı sonuçlara neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının başlıca uyması gereken hukuki kuralların yanı sıra tıp etik ilkeleri de vardır. Uygulanması gereken tıp etiği ilkeleri şöyle sıralanabilir: Yarar ilkesi, zarar vermeme ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi, aydınlatılmış onam ve hakikati söyleme ilkesi, adalet ilkesi ve gizlilik ilkesi.²⁰ Ölüme doğru ilerlediği bilinen hastaya, ölümü gerçekleştikten sonra CPR uygulanması, birden fazla tıp etiği ilkesinin ihlali anlamına da gelebilmektedir.

Çalışmaya katılanlar, hastalarına karşı güçlü bir empati de kurma eğilimindedir. Empati: bir başkasının duygularını ve düşüncelerini fark edebilme veya sezebilme anlamında kullanılmaktadır.¹⁵ Empati hem afektif (duygusal empati) hem de bilişsel (bilişsel empati) süreçleri kapsayan ve birden çok boyutu olan bir yetidir.²¹ Bilişsel boyut karşısındaki bir olaydan ya da durumdan nasıl hissedebileceğini anlamak ve bu hislerin farkında olmaktır, duygusal boyut ise deneyimi yaşayan kişi ile aynı şekilde hissetmek ve bunu karşı tarafa duyurmaktır.²²

Materyal ve Metot

Bu çalışmanın amacı PB merkezinde çalışan doktor ve hemşirelerin resüsitasyon deneyimlerini ortaya koymaktır. Ankara Ulus Devlet Hastanesi PB Merkezinde çalışan doktor ve hemşireler (DvH) ile yapılan bu nitel çalışma, tanımlayıcı fenomenolojik bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanenin PB merkezi 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmıştır. Her türlü palyatif hastayı kabul eden, alanında öncülük etmiş 25 PB yatağına sahip bir hastanedir. Çalışmada kullanılan örneklem metodu, amaçlı örneklemedir. Çalışma, katılmak isteyen altı doktor ve dört hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar ile yüz yüze ve yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler hastanede özel bir odada 25/09/2017-25/12/2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Alanında deneyimli bir araştırmacı görüşmeleri gerçekleştirmiştir. Çalışmada ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmelerden sekiz tanesinin ses kaydı alınmış, ses kaydı alınmasını istemeyen iki görüşmecinin soruları kendilerine verilmiş, ihtiyaç duydukları açıklamalar yapılmış ve yazdıkları cevaplar alınmıştır. Alınan ses kayıtları kelimesi kelimesine çözümlenmiş ve yazılı hale getirildikten sonra verilerin analizinde tematik analiz kullanılmıştır. Katılımcıların görüşlerini yansıtmak için alıntılar yapılmış ve yapılan alıntılardan sonra, katılımcıların meslekleri yazılmış ve sadece numara verilmiştir.

Yapılan Araştırma için, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulundan 13.09.2017/02 Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar numarası ile 629 araştırma kodunu taşıyan etik izin yazılı olarak alınmıştır.

Verilerin analizinde, tanımlamalara önem veren Giorgi tarafından önerilen dört aşamalı bir analiz yöntem kullanılmıştır:^{23,24}

- 1- Öncelikle katılımcıların ifadeleri kelimesi kelimesine çözümlenmiştir. Bu çözümlenmeler katılımcıların ifadelerini genel olarak kavramak amacıyla tekrar tekrar okunmuştur. Daha sonra doğruluğundan emin olmak için ses kayıtları dinlenirken bu çözümlenmeler tekrar okunmuştur.
- 2- Katılımcıların ifadeleri kavrandıktan sonra katılımcıların bakış açısıyla üzerinde çalışılan fenomene odaklanılmıştır. Böylece, tekrar tekrar okumalar yapılarak “anlamsal birimleri” oluşturacak tanımlamalar tespit edilmiştir;
- 3- “Anlamsal birimler” ortaya çıkarılmış ve tekrar gözden geçirilmiştir. Bu sayede, içerdikleri psikolojik anlamlar, daha doğrudan ifade edilmiştir.
- 4- Son olarak, tespit edilmiş “anlamsal birimlerin” tümü, katılımcıların deneyimleri göz önünde bulundurarak tutarlı ifadeler şeklinde sunulmuştur.

Bu yöntem uygulanırken, cümle cümle analiz sonucunda her bir katılımcının çözümlenmesinde yer alan, önemli ifadeler ve kalıplar elde edilmiştir. Elde edilen bu ifadeler ve kalıplar, deneyimin merkez yönlerini yansıtan dört tane alt temayı oluşturmuştur. Daha sonra oluşan bu dört alt tema da ana temayı oluşturmuştur. Böylece fenomene vurgu yapılarak, katılımcıların ifadelerinde kullandıkları dil ve kavramlar, bilimsel bir dil haline getirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya altısı doktor, dördü hemşire olmak üzere 10 kişi katılmıştır. İki erkek, sekiz kadın katılımcı vardı. Katılımcıların yaşı 29 ile 50 arasında idi (ortalama: 41,8; medyan: 40,5). Tüm doktorlar anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı idi, hemşirelerin tümü lisans mezunu idi. Bir kişi hariç tüm katılımcılar evliydi. Doktorlar 7 ila 60 aydır (ortalama:38,5 medyan:48), hemşireler 24 ila 48 aydır (ortalama:39, medyan:42) PB’de çalışıyorlardı.

Verilerin analizi yapılırken ve anlamsal birimler aranırken ortaya çeşitli temalar çıkarılmıştır. Bu temalardan, tematik analizde anlam ifade eden 4 tane alt tema bulunmuştur. Bu temalar: 1- “Hastamın durumunu biliyorum. Ama yine de CPR yapıyorum.”, 2- “Empati kuruyorum. Ama yine de CPR yapıyorum.”, 3- “Hasta yakınından korkuyorum.”, 4- “Hukuki düzenlemelerdeki eksikliklerden korkuyorum.” şeklindedir. Bu alt temaların oluşturduğu ana tema ise “kendimi güvende hissetmiyorum” olarak belirlenmiştir. DvH’nin, hukuki düzenlemelerdeki eksiklikler nedeniyle hasta yakınlarının şikayetlerine maruz kalmaları ve bunun sonucunda meydana gelecek idari ve adli kovuşturmalardan korkmaktadırlar. Bu nedenle, hastalarının durumunu bilmelerine ve empati kurabilmelerine rağmen, kendilerini güvende hissetmedikleri için CPR uygulamak zorunda kalmaktadırlar.

1. Hastamın durumunu biliyorum. Ama yine de CPR yapıyorum:

Ölüme doğru giden yolda ilerleyen hasta hakkında, çalışmaya katılan DvH’nin mesleki tecrübelerinin oldukça fazla olduğunu gösteren bulgulara rastlanmaktadır. PB’de yatan son dönem hastalar için, bu hastaların ölmeleri beklenmektedir. DvH hem

hastalığın seyrini takip etmektedirler hem de bilmektedirler. Bu durumdan hareketle, doktorlar, CPR uygulamak ya da uygulamamak konusunda, mesleki açıdan zorlanmamaktadırlar. Araştırma bulgularına göre PB'de yatan yaşam sonundaki hastalar için tam anlamıyla “canlandırma yapılmamalıdır” düşüncesi hâkimdir. Bu düşünce özellikle son dönem kanser hastaları için çok daha nettir. Çalışmaya katılan DvH yapılan CPR'ın hastaya yararlı bir işlem olmadığını belirtmektedirler. Ama yine de her şeye rağmen CPR uygulamaktadırlar.

“Aslında canlandırma kararı almada zorlanmıyoruz. Hastalarımız, zaten uzun süreli takipli hastalar olduğu için, hangisine CPR yapılması gerekiyor hangisine yapılmaması gerekiyor biz biliyoruz” (Doktor;No:1)

“Dönüşü yok sadece süreci uzatıyor.” (Doktor;No:2)

“Palyatif hastalara CPR'in gerekli olmadığını düşünüyorum.” (Hemşire;No:3)

“Yapsak bile çok heyecan verici bir olay değil açıkçası.” (Hemşire;No:4)

“Palyatif bakım hastasında CPR'in gereksiz olduğunu düşünüyorum” ... “zaten terminal dönem hasta yaşam süresini çok uzatacak bir şey değil. Geri dönse bile hasta çok kısa sürede tekrar kaybediliyor zaten.” (Doktor;No:5)

“Zaten kurtarılamayacak bir hasta CPR yapsak bile yaşamıyor ki. Yapmamızın bir anlamı yok.” (Hemşire;No:6)

“Acildeki veya acil karşılayan yoğun bakımlardaki gibi değil son dönem hastalar için seyri zaten gözümüzün önünde oluyor. Aniden bir ölüm olmuyor. Aniden bir ölüm olmadığı için biraz beklenen oluyor bu hastalar.” (Doktor;No:7)

“..kanser grubunda gerçekten hani CPR'a zaten çok fazla yanıt vermiyor.” (Doktor;No:7)

“Artık ileri dönem kanser hastasına CPR'ın yapılmaması gerekiyor...” (Hemşire;No:8)

“Son dönem kanser hastaları olduğu için çok yapmak istemiyorum.” (Doktor;No:10)

“Devletin yatağına yazık malına yazık çalışanlarına yazık yani kaynaklarına yazık” (Doktor;No:7)

2. Empati kuruyorum. Ama yine de CPR yapıyorum:

DvH, CPR uygulanan hastaları için empati kurmaktadırlar. Bu empatinin sonucunda kendilerine ve yakınlarına CPR uygulanmasını istemediklerini açıkça da ifade etmektedirler. CPR hem yararsız hem de hastaya eziyet olarak görmektedirler. Bu da yaşadıkları olayları ne kadar içselleştirdiklerinin göstermektedir. Ayrıca kaybedilen her hastanın, sağlık personeli üzerinde travmaya neden olduğu da bilinmektedir.²⁵ Bütün isteksizliklerine rağmen, DvH yine de CPR uygulamak zorunda kalmaktadır.

“Böyle bir durumda asla kendime ve yakınlarıma CPR yapılmasını istemem.” (Doktor;No:1)

“Terminal dönem bir hastaysa kendi yakınımda olsa, kendime de olsa yapılmasını istemem.” (Doktor;No:2).

“Yaptığımız şey tamamen mesleğimizin verdiği bir uğraş, onun haricinde döndürdük, bir şey kazandık, ya da evet bunun hayatını kurtardık, bu hastanın diyemiyorsun.” (Doktor;No:7)

“Ben diyorum ya empati yapıyorum kendim olsam ailem, annem, babam, kardeşim olsa ben CPR yaptırmam.” (Hemşire;No:3)

“...böyle bir yere yatmışsam diyelim ki otuz gün bilincim yerinde değil ise” ... “kimse bana müdahale etmesin” (Hemşire; No:4)

“Onların yerinde ben olsam ölmek isterim diye düşünüyorum” (Doktor;No:10)

“Acaba gerçekten onun yaşamasına katkı sağlayarak acı mı veriyoruz?” ... “belki de ona hani zarar veriyoruz. (Hemşire;No:4)

Yaptığımız CPR’in hiçbir yararı yok hastayı geri döndüremiyoruz o zaman ne gerek var hastaya eziyet etmeye, ailesine eziyet etmeye.” (Hemşire;No:6)

“...kimisi yapılmasın diyor, boşuna işkence görüyor hasta diyor, haklı olarak gereksiz yere eziyet çektiğini düşünüyor.” (Hemşire;No:8)

“CPR yapacağız diye hastaya eziyet boyutuna geçebiliyoruz.” (Doktor;No:10).

“Son anı kıymetli bir anı biz böyle bir karmaşa ile tamamlatılmasına sebep oluyoruz.” (Doktor;No:1)

3. Hasta yakınından korkuyorum,

Hukuki düzenlemelerde hasta yakınının kim olacağı tam olarak tanımlanmamış olsa da CPR uygulama kararı almada çok önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni hasta yakınlarının haklı veya haksız şikâyet mekanizmalarını harekete geçirmek suretiyle ilgililer hakkında soruşturma açtırabilme yetenekleridir. DvH'nin CPR öncesinde, işlem sırasında ya da bitiminde herhangi bir kusuru olmasa bile, haklarında soruşturmalar açılabilir. Geçirdikleri bu soruşturma sürecinden psikolojik olarak yıpranmış bir şekilde çıkmaları ise kuvvetle muhtemeldir. Bazı hasta yakınları kesinlikle CPR uygulansın derken, bazı hasta yakınları ise CPR uygulanmasın demektirler. Bu çelişkinin gerekçeleri tamimiyle kişisel nedenlerden kaynaklanmaktadır. Hasta yakınları, hastaları için CPR uygulansın isterlerken, hastaları için her şeyin sonuna kadar yapıldığından emin olmak istiyor olabilirler. Ama CPR'ın sonucunda çeşitli komplikasyonlarının çıkma ihtimali de göz önüne alınacak olursa, CPR uygulaması kararı, hasta yakınına bırakılamayacak kadar önemli bir karar durumundadır.

“10 tane yakınından bir tanesi bile yapılsın diyorsa yapmak zorunda kalıyoruz yapılmaması gereken hastaya bile” (Doktor;No:1)

“Durum ortada olsa bile sırf hasta yakınının tepkisinden rahatsız olabileceğim için bir şeyler yapma ihtiyacı duyuyorum bazen.” (Doktor;No:2)

“Kırk beş dakika gibi bir zorunluluk hasta yakını CPR'ı istiyorsa dönmeyecek hasta için bilmemize rağmen devam etmek gibi bir sıkıntı.” (Doktor;No:5)

“Hasta exti biz hastaya uzun süre kırk beş dakika kadar CPR yapmıştık gereksiz bir CPR yapmıştık” (Hemşire;No:8)

“Uyguladığım CPR en az kırkbeş dakika.” (Doktor;No:9)

“Hasta yakınları ile bir sıkıntı yaşamıyorsak ve onlarda kesinlikle yapılmasın şeklinde hem fikir ise o zaman gönül rahatlığı ile yapmıyorum.” (Doktor;No:1)

“Zaten bana haber verilmişse benden bir şey bekledikleri için haber verilmiştir. ... hiç çağırmayan hasta yakını da var. Yani adam toplamış cenazesini, üstünü örtmüş, bağlamış ve daha sonra çağırıyor.” (Doktor;No:2)

“Mesela hasta yakını ben yapılmamasını istemiyorum derse? “Saygı duyulması lazım diye düşünüyorum.” (Hemşire;No:3)

“Biz burada özellikle hasta yakınının şeyine çok bakıyoruz. Kararına çok bakıyoruz. Ne düşünüyor? Bazıları diyor ki yanımızda vefat etsin. Bazıları söylemiyor bile yani.” (Doktor;No:7)

“Kimisi CPR yapılmasını istiyor kimisi CPR yapılmamasını istiyor.”...“aileye bırakıldığı zaman aile biraz duygusal, vicdani yaklaşıyor.” (Hemşire;No:8)

PB hizmetleri örgütlü olarak ülkemizde 2014 yılından itibaren verilmeye başlanmış olmasına rağmen⁴ hizmetlerin içeriğinin ne olacağı ve kapsamı hakkında çok çelişkili durumlar bulunmaktadır. Bu durum hastaların ve ailelerinin yanlış yönlendirilmesine ya da yanlış beklentiye sahip hasta yakınlarının oluşmasına sebep olmaktadır. PB'nin bir sağlık hizmeti olduğu ve hizmet içeriğinin nelerden oluştuğu zaman içerisinde ortaya çıkacaktır. Ama bunu zamana bırakmadan gerekli hukuki düzenlemeler ile belirlemek en uygun yol olacaktır.

“Açıkçası şöyle şimdi bizim palyatif hastalarında CPR, hasta yakınlarına hiçbir zaman şunu diyemiyoruz. Hastanız artık vefat edecek CPR yapılırsa bile hastanız artık dönmez denmiyor Türkiye’de çünkü bunu doktorların çoğu bile bilmiyor. Palyatif nedir hangi hastalar kabul edilir hangi hasta grubuna bakılır bilmiyor hatta hasta yakınları bize geldiği zaman buradan tedavi edilerek ve iyi olarak çıkarılacağını düşünüyor. Böyle gelen hasta yakınına sen hiçbir zaman CPR yapmam ya da bunu desteklemeyeceğiz diyemiyoruz” (Doktor;No:7)

4. Hukuki düzenlemelerdeki eksikliklerden korkuyorum.

Doktorlar, PB hastaları için CPR uygulamasının nedenini mevcut hukuki düzenlemelerdeki yetersizliğine bağlamaktadırlar. Hukuki düzenlemelerdeki eksiklikler hem doktorları CPR uygulama ya da uygulamama konusunda çelişkide bırakmaktadır hem de hastanın özerkliğinin dikkate alınmamasına neden olmaktadır. Bu kararın, doktorun tek taraflı alması gereken bir karardan ziyade hastanın bilinci imkân veriyorsa hasta ve doktorun birlikte alması gereken bir karar şeklinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Doktorlara göre özellikle CPR uygulamasını istemeyen hastanın irade beyanı ile “CPR uygulanmamasını” işaret eden ifadeyi özgür kılacak, hukuki düzenleme beklemektedirler. PB’de yeniden canlandırma yapılmasına, DvH düşünce olarak karşı çıkmalarına rağmen, hukuki düzenlemelerdeki eksiklikler nedeniyle CPR uygulamaya devam etmektedirler.

“Aslında canlandırma kararı almada zorlanmıyoruz ...hangi hastaya yapılması gerekiyor ya da yapılmaması gerekiyor o kafamızda çok net olarak beliriyor, onun kararını biz kendimiz veriyoruz ama, uygulamada kanunlar izin vermediği için istemediğimiz halde yapmak zorunda kalıyoruz” (Doktor;No:1)

“ Amerika da var Avrupa’yı bilmiyorum ama palyatif hastalarının dosyalarında ve başlarında DNR yazar yani CPR yapılmayacak diye.” (Doktor;No:1)

“zaten hasta bilinci açık olsa belki yaşamakta istemiyor o dönemde CPR yapılmama kararı DNR order’ı verilmesi lazım.” (Doktor;No:5)

“Hasta istiyor mu? İstemiyor mu? Hasta bilinci yerindeyken bana bir şey olursa beni resüsite etmeyin deme gibi bir şansının olması gerek diye düşünüyorum.” (Doktor;No:5)

“Son dönem kanser hastaları için DNR olmalı bence. Hasta ve yakınları ile doktor oturup karar vermeliyiz diye düşünüyorum. (Doktor;No:10)”

“hasta yakınlarının düşünceleri gerçekten çok önemli çünkü bakın hasta yakını haksız dahi olsa sizi şikâyet edebiliyor... Kimse size CPR yaptığınız için niye yaptın diye ceza vermez ama yapmadığın zaman arada bir yorum farkı varsa niye yapmadın diyebilir” (Doktor;No:2)

Hukuki düzenlemelerin hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları koruyacak bir düzenleme ile çıkarılması gerekmektedir. Ayrıca, CPR konusunda yapılacak düzenlemenin hastaların yattığı kliniklere göre de değerlendirilmesi zarureti vardır. PB’de veya yoğun bakımda yatan hastalar için diğer kliniklere göre daha farklı düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Yani hastanın durumu göz önüne alınarak düzenleme yapılması gerekmektedir. CPR süresi uzadıkça beyinde oluşacak olan hasarın şiddetinin artma ihtimali yükselmektedir.¹⁷ Bunun sonucunda hasta bitkisel hayat veya beyin ölümü ile karşı karşıya kalabilmektedir.¹⁹ Hasta, kurtarılmaya çalışılıyorken geri dönüşsüz bir şekilde tamamen yatağa bağımlı hale gelebilmektedir.

“Palyatif bakım hastaları için daha farklı olmalı.” “burada hiçbir hasta normal yaşamını sürdürme olasılığı yok”. (Doktor;No:5)

“Bitkisel hayattaki bir hastayı döndürsek zaten bitkisel hayatta dönecek sadece kalbi atan makine tarafından desteklenen bir hasta olacak. Elimize bir şey geçmeyecek.” (Doktor;No:7)

“CPR uygulanmalı, uygulanmamalı diye belli bir algoritmeler oluşturulması gerektiğini düşünüyorum.” (Doktor;No:5)

“Ancak ülkemizde yasal mevzuat olmadığı için CPR yapmak zorundayız. Bence son dönem kanser hastaları için yasal düzenlemeler yapılmalı.”. (Doktor;No:10)

“Yoğun bakım yatakları gereksiz kullanılmamış olur geri döndüğünde hasta hipoksik beyinli yoğun bakım hastası oluyor zaten.” (Doktor;No:5)

“Normal bir hasta olsa bile on beş dakikadan fazla CPR yapılmamalı bana göre. On beş dakika CPR yapıldığında anoksik olarak dönüyor” (Doktor;No:7)

Tartışma

Ölüm mutlak olarak gerçekleşecek olandır ve yaşamımızın kaçınılmaz bir parçasıdır. Kaçınılmaz olan gerçekleştiğinde, çalışma bulgularına göre PB merkezinde çalışan DvH, hiçbir şekilde CPR taraftarı değil iken, CPR uygulamak zorunda kalmaktadırlar. CPR’ın başarısı da oldukça sınırlı kalmaktadır. Hastaya CPR uygulandıktan sonra, hasta hayata dönerse daha fazla fiziksel sorunla yaşamak zorunda kalabilir. Hasta bitkisel hayatta ise ve CPR ile hayata döndürülebilirse bitkisel hayat

devam edecektir. Ayrıca, son dönem kanser hastaları için CPR uygulanması neredeyse hiçbir şekilde yarar sağlamamaktadır.²⁶

CPR uygulanmaması hastanın pasif ötenaziye terk edildiği anlamına gelmemektedir. Ötenazi belirli koşulların varlığında gündeme gelir ve “iyi veya acısız ölüm” veya “öldürme izni” anlamı taşımaktadır.²⁰ Burada hasta bilinçsiz olduğu için hasta hakkındaki kararı yakınları vermektedir. Yetkiyi kullanan hasta yakınının, yetkisinin olup olmadığı ise hiç kimse tarafından sorgulanmamaktadır. Bu durum halihazırda başlı başına başka bir tartışma konusudur. Zaten PB merkezlerinde yatan hastaların büyük çoğunluğunun karar verme kapasiteleri azalmış durumdadır.²⁷ Eğer hukuki bir düzenlemeye ihtiyaç varsa bu noktadan öncesini yani karar verme kapasitesinin azalmasından öncesini kapsamalıdır.

Canlandırma yapma (do not resuscitate-DNR), canlandırma yapmaya teşebbüs etme (do not attempt resuscitation-DNAR), doğal ölüme izin ver (allow natural death - AND), bu terimlerin hepsi, kişinin kalbi atmayı yada akciğerleri nefes almayı durdurduğunda, yardım çağrılmaması yada CPR uygulaması yapılmaması anlamına gelmektedir.²⁸ DNR, DNAR ya da AND gibi uygulamalar bizim günlük pratiğimizde bulunmamaktadır. Bunların uygulamaya sokulması doktorlar açısından büyük bir beklentidir.

DvH hastaya yararlı olmayan CPR’ın kaynak israfına neden olduğunu düşünmektedirler. Olayların tetikleyicisi olan hasta yakını, haksız bile olsa, gerekli müdahale yapılmadı diye şikâyette bulunabilmektedir. Öncelikle bu durum düzeltilmelidir. Çünkü burada kendini güvende hissetmeme duygusu etik ilkelerin önüne geçmektedir. Şikâyet edilmekten endişe duyulması zincirleme etik ihlalleri başlatabilmektedir. Çünkü her şikâyet sonucunda DvH incelemeye kadar değişen hukuki işlemlerin muhatabı olabilmektedir. Bu işlemler sırasında işleyen süreçlerin kişileri maddeten ve manen yıpratma olasılığı yüksektir.

Araştırma bulgularına göre temel problem CPR uygulanmaması gereken hastaya, DvH tarafından CPR uygulanmak zorunda kalınmasıdır. Bu zorunluluk bu çalışmanın ana teması olan “kendimi güvende hissetmiyorum” ile doğrudan ilişkilidir. Doktorları CPR uygulamaya iten ana güç “hasta yakınından korkuyorum”, “hukuki düzenlemelerdeki eksikliklerden korkuyorum” olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü doktorlar hastanın durumunu bilmektedirler ve empati kurabilmektedirler. Ayrıca DvH, PB merkezinde yatan hastaların hastalıklarının doğasının ve seyrinin farkındadırlar.

Ülkemizde, PB merkezlerinde verilen sağlık hizmetleri genel tıp uygulamalarının sahip olduğu hukuki düzenlemelere göre verilmektedir. Dolayısıyla, PB merkezinde yatan hastalara fayda sağlamadığı düşünülen CPR, DvH tarafından uygulanmak zorunda kalmaktadır. PB merkezlerinde yaşam sonu bakım alan hastalara CPR yapılmamasını sorun olmaktan çıkaracak hukuki ve etik düzenlemelere ihtiyaç vardır. Aksi takdirde bu sorun bitmeyecektir. Ayrıca, yaşam sonu bakımda hastanın kendi iradesiyle kendisine CPR yapılmamasını isteyebileceği bir hukuki ve etik düzenleme de yapılmalıdır. PB merkezlerinde CPR yapmadıkları için, sağlık çalışanlarının haksız yere şikâyet edilmelerini önlemek amacıyla uygulama rehberleri yetkili merciler tarafından çıkarılmalıdır. Böylece, PB merkezlerinde verilen hizmetlerin sınırı net bir şekilde belirlenmiş olacaktır. Ayrıca bu rehberlerin bir yararı

da PB merkezlerinin verdiği hizmetlerin kapsamı ve içeriğinin merkezden merkeze değişiklik göstermesini de engellemek olacaktır.

Kaynaklar

1. Hutter N, Stossel U, Meffert C, Korner M, Bozzaro C, Becker G, et al. "Good dying"--definition and current state of research. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946). 2015;140(17):1296-301.
2. Heller A, Wegleitner K. Dying and death in societal transformation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2017;60(1):11-7.
3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı. Palyatif Bakım Ünitesi Görüş 13.09.2012 Tarih ve B.10.THK.o.11.00.00-45.02 Sayılı Yazı. 2012.
4. Sağlık Bakanlığı; 09.10.2014 Tarih ve 640 Sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2014.
5. Sağlık Bakanlığı; 07.07.2015 Tarih ve 253 Sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. 2015.
6. Sağlık Bakanlığı; Palyatif Bakım Merkezlerinin ve Yatakların Sayısı, Ocak 20019, <https://khgmzozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>. 2019.
7. Connor SR, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life. *Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), World Health Organization*. 2014.
8. Utku EŞ, Hacıkamiloğlu E, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*. 2017;10(3):240-4.
9. Dincer M, Kahveci K, Doger C. An Examination of Factors Affecting the Length of Stay in a Palliative Care Center. *Journal of palliative medicine*. 2018;21(1):11-5.
10. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *J Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10(1):74-80.
11. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative medicine*. 2014;28(8):1000-25.
12. Faguet GB. Quality end-of-Life cancer care: An overdue imperative. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2016;108:69-72.
13. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 2014;47(1):77-89.
14. National Council for Palliative Care. Commissioning End of Life Care: Act & early to avoid A&E. The National Council for Palliative Care London; 2011.
15. İsmet D, A.Handan D. Büyük Tıp Sözlüğü. Nobel Tıp Kitapevleri, Yeniden Düzenlenmiş 3 Baskı, İstanbul2019. p. 245,853.
16. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta kalite ve Akreditasyon Daie Başkanlığı.1.Revizyon 2. Baskı. Ankara. Pozitif Matbaa Ltd. Şti. Mart 2016. p. 479.
17. Girotra S, Chan PS, Bradley SM. Post-resuscitation care following out-of-hospital and in-hospital cardiac arrest. *Heart (British Cardiac Society)*. 2015;101(24):1943-9.
18. Abella BS. High-quality cardiopulmonary resuscitation: current and future directions. *Current opinion in critical care*. 2016;22(3):218-24.
19. Pothiawala S. Post-resuscitation care. *Singapore medical journal*. 2017;58(7):404-7.
20. Cevizci A. Uygulamalı Etik. 2. Baskı. İstanbul: Say Yayınları; 2016. p. 79-119.
21. Bora E, Baysan L. Empati Ölçeği-Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2009;19(1).
22. Topçu Ç, Baker ÖE, Aydın YÇ. Temel empati ölçeği Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *J Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016;4(34).
23. Appelin G, Berterö C. Patients' experiences of palliative care in the home: a phenomenological study of a Swedish sample. *J Cancer nursing*. 2004;27(1):65-70.
24. Giorgi A. Phenomenology psychological research; Sketch of a psychological phenomenological method;. 1985. p. 8-22.

25. McMeekin DE, Hickman RL, Jr., Douglas SL, Kelley CG. Stress and Coping of Critical Care Nurses After Unsuccessful Cardiopulmonary Resuscitation. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses.* 2017;26(2):128-35.
26. Zafar W, Ghafoor I, Jamshed A, Gul S, Hafeez H. Outcomes of In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation Among Patients With Cancer. *The American journal of hospice & palliative care.* 2017;34(3):212-6.
27. Dincer M, Torun N, Aksakal H. Determining nurses' perceptions of patient safety culture in palliative care centres. *J Contemporary nurse.* 2018;54(3):246-57.
28. Breault JL. DNR, DNAR, or AND? Is language important? *J The Ochsner Journal.* 2011;11(4):302-6.