

Düzeltilme: Geriatriye ileri direktifler Erratum: Advance directive in geriatrics

Çiçek Fadiloğlu Fisun Şenuzun Aykar

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

Öz

İleri direktifler; bireyin karar vermesinin uygun olmadığı koşullarda veya iletişim kurulamadığı durumlarda (koma, vb.) sağlık bakımına yönelik ne isteklerinin belirtildiği yazılı belgelerdir. Yaşlıların pek çoğu kronik hastalıkları ve komorbid durumları nedeni ile yaşamdan izolasyon, bilinmeyen korkusu, hata yapılacağı korkusu, bağımsızlığın kaybolacağı korkusu, ölüm sürecinin iyi olmaması korkusu yaşamaktadırlar. Bu neden ile yaşlıların çoğu kendi tedavisinin seçiminde yer almak ve yapılacak tüm uygulamalarda aktif bir rol almak istemektedirler. Sağlık bakım direktifleri ve ileri direktifler, yaşlı bireyin özellikle bağımlı hale geldiği durumlarda otonomisini arttıran tek yoldur.

Bu makalede; ileri direktif ve ileri sağlık direktiflerin tanımı, karar süreçlerinde sağlık profesyonellerinin rolleri, ileri direktif süreçlerinin açıklanması ve direktiflere yönelik yasal süreçler açıklanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: İleri bakım direktifleri, ileri direktifler, yaşlı.

Abstract

Advance directive are a written statement, that appoints someone health care decisions if a person become unable to make desicions and unable to communicate (coma, etc.) his or her wishes, and/or provides intructions that describe the kind of care a person would want or not want under particular conditions. Many older people who has a chronic disease and comorbity fear the unknown; they fear that mistakes will be made; they fear that they will lose their indepence and die without dignity. Many old people want a more active role in selecting or consenting to treatment. Health care directive and advanced directive increases the autonomy of an individual in site of incompetence. This article defines the advance directive and health care directive, looks at the role of the health professionals in this decion-making process, describes the advance directive process, and explains some of the legal issues related to directives.

Keywords: Advance care directive, advance directive, elderly.

Giriş

Sağlık bakımı tarihsel süreç içerisinde akut yaşam destekleri üzerine odaklanmıştır. Bununla birlikte yaşam sonu bakım süreci hem emosyonel hem de finansal yararlılıkları nedeni ile her geçen gün önem kazanmaktadır. Gün geçtikçe bireyin yaşam sonu bakımında, bakımına ilişkin konularda kendisinin karar vermesinin daha iyi olacağına dair güçlü toplumsal ve profesyonel fikir birliktelikleri ortaya çıkmaktadır. Bireyin bakımına ilişkin uygulamaları reddetme ve devam etmeme gibi kararlar gerek resmi gerekse profesyonel kurumlar tarafından desteklenmektedir. Ortak kararlarda bireyin direkt olarak tercihlerini bildirebilme durumu esas alınmıştır.

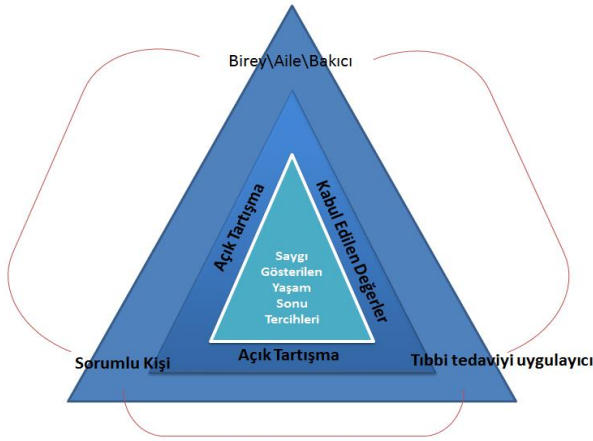
İleri direktifler bireylerin geleceğe yönelik olarak bakım ve tıbbi kararlarının ne şekilde belirleyeceklerine yönelik önerilerinin geliştirildiği bir yoldur (1-4).

1990'da Birleşmiş Milletlerde çıkarılan Hasta Öz-Kararlılık Yasası (PSDA) etkin olarak 1 Aralık 1991'den beri bütün sağlık kuruluşlarında bireyin ileri direktifleri kapsayan istekleri doğrultusunda uygulanan bir uygulamadır. Pek çok ülkede ileri direktif formları yasal olarak kullanılmaktadır (3). Bu formlar genellikle bireyin özerk olarak resüsitasyon, antibiyotik kullanımı, diyaliz, kan transfüzyonu, beslenme ve hidrasyon gibi bakım konularını içeren direktifleri içermektedir. Hollanda'da 2002 yılından bu yana ileri direktifler içerisinde ayrıca ötenazi de yer almaktadır (5).

Yaşlıların pek çoğu kronik hastalıkları ve komorbid durumları nedeni ile yaşamdan izolasyon, bilinmeyen korkusu, hata yapılacağı korkusu, bağımsızlığın kaybolacağı korkusu, iyi ölüm sürecinin olmaması korkuları yaşamaktadır (6). Bu nedenle yaşlıların çoğu tedavisinin seçiminde yer almak ve yapılacak tüm uygulamalarda aktif bir rol almak istemektedir. Bu durumlar göz önüne alındığında sağlık profesyonelleri açısından yaşlı bireyin tedavi ve bakım yönetimine karar vermek diğer disiplinlerden daha zor ve komplike bir durumdur. Yaşlı

bakımında yer alan sağlık çalışanları bugün oldukça kompleks tıbbi, etik ve yasal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlıya yapılacak her tür müdahale ile ilişkili faktörleri, olası sonuçları, riskleri ve tüm diğer olasılıkları göz önünde bulundurmalı ve bunları analiz edebilmelidir (6). Sağlık bakım direktifleri ve ileri direktifler bu tür zor durumlarda sağlık çalışanlarına hastanın onamı ve istekleri doğrultusunda belirlenmiş kararları almada destek sağlanmaktadır. Buna ek olarak sağlık bakım direktifleri ve ileri direktifler, yaşlı bireyin özellikle bağımlı hale geldiği durumlarda ne istediğini bilen, diğerlerine izin veren yetkin bireyler olmasını sağlamaktadır (6).

Yaşlı bireylerde ileri bakım ve direktiflerin planlanmasında amaç hasta ve ailelerinin kişilerarası ve aile içi ilişkilerini güçlendirme, aile ve bakım verenlerin yükünü hafifletme, ölüme hazırlama, şu anda ve gelecekteki sağlık bakım hizmetlerinin kontrolü ve sürekliliğini sağlamaktır. İleri direktifler; ileri bakımın planlanmasında en önemli komponenti oluşturmada ve yaşlı bireyin veya hastanın aile bireyleri ve sağlık bakım profesyonelleri ile birlikte gelecekteki tıbbi tedavisine yönelik hedef, değerler ve istekleri içeren kollaboratif bir yapı içerisinde planlanmaktadır (Şekil-1) (7,8).



Şekil-1. İleri direktif komponentleri.

Yaşlılarda ileri direktiflerin kullanım durumunu inceleyen bir çalışmada Molloy and Guyatt (9), yaşlılara ileri sağlık bakım direktiflerinin uygulanmasını açıklanmışlar ve yaşlıların kendi sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak istediklerini ve eğer fırsat verilirse kapsamlı direktiflerini tamamlayacaklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların %80'inin kendileri ve aileleri tarafından onların adına bir form düzenlendiği ve yaşlıların ciddi bir hastalıktan sonra veya yıllık takipte ileri direktiflerine yönelik fikirlerinin değişmediği saptanmıştır (9). Yaşlılarda ileri direktif talimatlarının kullanımını etkileyen engellerin; farkındalık eksikliği, zaman kısıtlılığı, korku ve duygusal engeller, sağlık profesyonellerinin eğitim eksikliği, etkisiz iletişim, güven eksikliği, vekil tayin edememe ve kültürel faktörler

rol oynamaktır (8). Yaşlı bireyde yaş, kronik hastalık varlığı, bakıcı sorunları, emeklilik süreci gibi durumlar da ileri direktifleri planlamayı tetikleyen durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır (8).

İleri direktifler; bireyin koma, deliryum, demans, psikoz gibi karar vermeyi etkileyen bir yetersizliği olduğunda veya terminal dönem sürecinde tedavi veya bakıma yönelik hastanın otonomisinin sürdürülmesini sağlamada ve bu şekilde hasta sağlığı yönünden yasal bir güç oluşturmaktadır (6,9,10). Hastanın yetersizliklerine rağmen sağlık direktifleri ile hastanın otonomisini arttırdığı gibi sağlık hizmetlerinden memnuniyeti de arttırmaktadır (10).

Yaşlı bireylerde ileri direktif ve bakımın yapılandırılması süreci tanı alındıktan sonra başlayan palyatif bakım, yaşam sonu bakım ve ölümü de içine alan çok geniş komponentleri içine alan bir durumdur (Şekil-2) (8).

İleri Direktif ve Bakımın Planlama Basamakları

İleri direktif ve bakımın planlanmasında; konuya giriş, yapılandırılmış görüşmeler, hasta tercihleri, direktiflerin gözden geçirilmesi ve güncel koşullara göre direktiflerin planlanması olmak üzere beş adım bulunmaktadır (11).

Basamak 1. Konuya Giriş

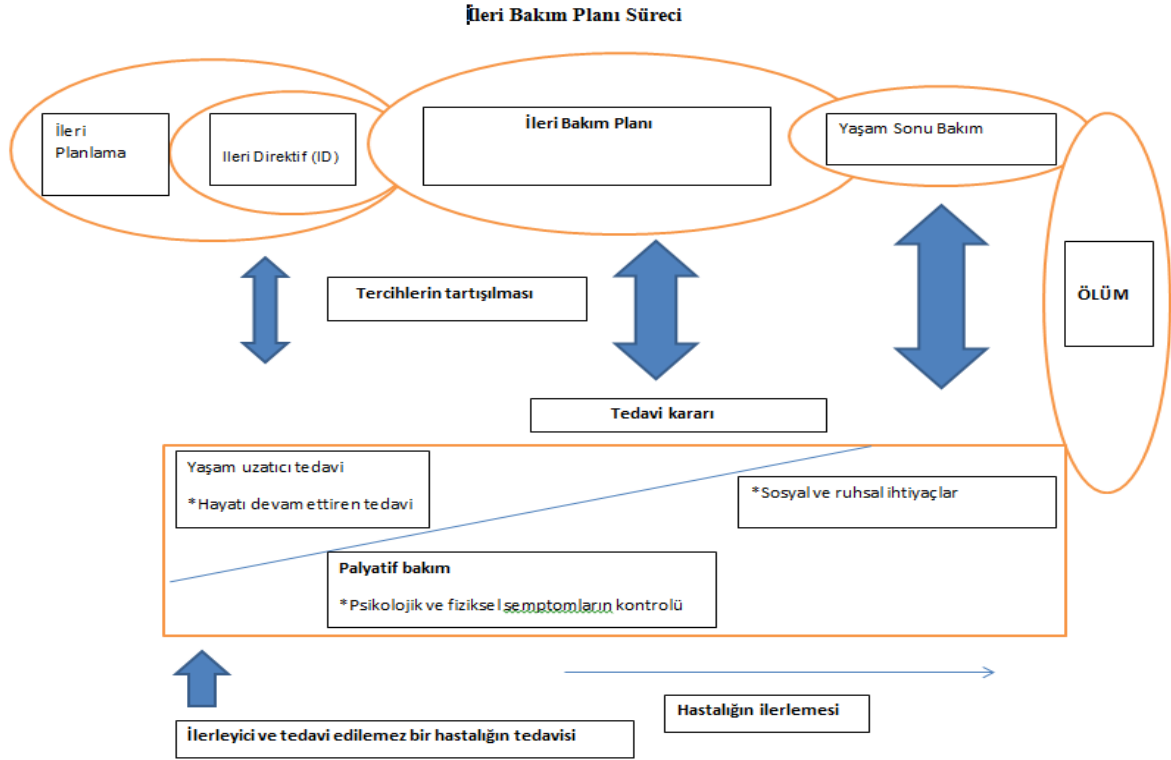
- Hastanın değerlerinin kayıtlı olduğu dokümanların ve ileri direktif dokümanlarının sağlanması,
- Yaşam sonu bakım kararların kararlaştırıldığı ve hastadan doldurması istenilen belgelerin teslim edildiği bir buluşmanın ayarlanması,
- Palyatif bakım fırsatlarının tartışılması.

Basamak 2. Yapılandırılmış Görüşmeler

- Bireyin sağlık ve hastalık ile ilişkili değerlerinin anlaşılması,
- Hastanın istek ve kararları göz önüne alınarak vekilinin sürece dahil edilmesi,
- Hastanın ileri bakımının sağlanmasında sağlık bakım ekip üyelerinin sürece dahil edilmesi.

Basamak 3. Hasta Tercihlerinin Dokümantasyonu

- Hasta ileri direktif seçimlerini tamamladıktan sonra hekimin hasta ile birlikte bu seçimlerin değerlendirmesini yaparak hastanın tüm konuları anlamasını sağlaması,
- Direktiflerin tıbbi istemlere kaydedilmesinin sağlanması,
- İleri direktif ve palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olan gönüllü sağlık bakım sağlayıcılarının temininin sağlanması,
- Hastaların sağlık bakım elemanı ve hastane ile temasları durumunda ileri direktiflerin varlığının kabulünde hasta farkındalığının sağlanması.



Şekil-2. İleri direktif ve bakımın planlanması.

Basamak 4. Direktiflerin Gözden Geçirilmesi ve Güncellenmesi

- Sağlık ve hastalık durumlarındaki değişikliklere göre direktiflerin yeniden gözden geçirilmesi ve güncellenmesi.

Basamak 5. Güncel Koşullarda Direktiflerin Uygulanması

- Birçok ileri direktif hasta kendi bakımını sürdüremediği zaman uygulanmaya koyulur. Hastanın karar verme kapasitesi değerlendirilir. İleri direktifin önemli bir yönü, düzenli olarak güncellenmesi gerektirir.

İleri Direktif ve Bakım Kılavuzu

Yaşlı bireylere ileri direktif ve bakımın oluşturulmasına yönelik kılavuz 2012 yılında geliştirilmiştir. Kılavuzda yer alan alt boyutlar ve geliştirilen protokol aşağıda özetlenmiştir (3, 12,13).

1. Prensipler

- Tüm insanların kendi bedenine ne yapılacağına bilmeye hakları vardır.
- Aksi kabul edilene kadar tüm insanların karar verme yetisine sahip olduğu varsayılır.
- Görüşmeye katılan tüm hastalarla sözel ya da alternatif iletişim yolları ile onların tedavi tercih ve istekleri tartışılmalı.

d. Sağlık bakım uzmanları yaşlı hastalar için ileri direktiflerin kullanımını teşvik ederek yaşam sonu bakımı geliştirebilir.

2. Protokol

2.1. İleri Direktife Yönelik Eğitim

- Hastalar ileri direktifler hakkında daha fazla bilgi isterler.
- Hastalar doktor ve hemşirelerin ileri direktifler hakkında kendilerine ulaşmalarını isterler.

2.2. İleri Direktif Gereklilikleri

- Kişilerin sağlıkları hakkındaki kararlarda kişilerin isteklerine göre hareket edilmesi için sağlık bakım profesyonellerine kılavuz sağlanması
- İleri direktifler uygulandığında sağlık personelinin, hastanın vekili veya ailesinin yasal süreçlerde korunmasının sağlanması

2.3. İleri Direktif Türleri

- Sağlık bakımı için sürekli temsil yetkisi (durable poer of attorney for health care - DPAHC/HPC);** bireyin isteklerini ifade edebilecek iletişimin kurulmadığı veya sağlık bakım kararları için karar verme yetisinin yitilmesi durumunda vekilin belirlenmesi
- Yaşama ilgili karar (Living will-LW);** bireylerin yaşamını uzatıp uzatmamayı isteyeceği belirli türlerde sağlık bakım tedavileri hakkında sağlık bakımı sağlayıcılarına özel talimatlar sağlar.

2.4. Yönerge veya Tıbbi Direktif

- Yaşama ilgili kararların (LW) eksik yönlerinin giderilmesinin sağlanması,
- Bu tip direktifler özel klinik durumlardaki hastaların kabul edilebilir spesifik girişimlerini tanımlar.

2.5. Sözel Direktif

- Hastanın isteklerinin duruma yönelik açık ve ikna edici kanıtlar olduğunda sözel olarak kabul edilmesidir. Bazı ülkelerde sözel direktifler uygulanmaktadır.

Değerlendirme Kriterleri

- a. Yetişkin hastaların tümüne (koma, demans vb.) bir vekilinin olup olmadığı sorulmalıdır.
- b. Yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, dini ne olursa olsun tüm hastaların tedavisi veya prognozu önerileri doğrultusunda tartışılarak ele alınmalıdır.
- c. Bir vekil tayin etmiş ise;
 1. Belge hazır olmalı.
 2. Hekim bir vekilin var olduğunu ve belgenin kopyasının olduğunu bilmeli.
 3. Direktiflerin hastanın mevcut istek ve tercihlerini yansıtıp yansıtmadığını belirlemek için hekim/hemşire tarafından vekil ve hasta periyodik olarak denetlenmelidir.

Yaşlı bireylere yönelik planlanan ileri direktif kılavuzların temelini eğitim oluşturmaktadır. Bravo ve ark. (14) 2008 yılında yaptığı bir meta analiz çalışmasında da ileri direktif uygulaması öncesi verilen kapsamlı eğitim ve bilgilendirmenin, ileri direktiflerin daha yararlı ve etkin kullanılmasını desteklediği saptanmıştır.

Bununla birlikte, önerilen direktiflerde kullanılan terminoloji sağlık profesyonelleri tarafından benzer yorumlanabilir olmalı ve kurumdan kuruma, hekimden hekime farklılık göstermemelidir. İleri direktifler pek çok ülkede acil durumlarda ulaşılmayı sağlamak için, cüzdandan boyutunda kopyalar halinde veya Medic-Alert kolyeler şeklinde bireyler tarafından taşınabilmektedir. Bunun dışında sağlık sigortası kartları üzerinde yerleştirilen mikroçipler aracılığıyla da ileri direktifin tüm bilgilerine ulaşılabilmektedir (6).

İdeal bir ileri direktif yönergesi kapsamlı olmalıdır; beslenme, yaşamı tehdit eden hastalığın tedavisi ve kardiyak arrest gibi durumlara yanıtı içeren birçok konuyu kapsamalıdır. Geri dönüşü olan (reversible) ya da olmayan (irreversible) hastalıklarda istenen tedavinin seviyesini bireysel olarak belirlemek mümkün olmalıdır. Geri dönüşü olmayan bir durumun insanlara göre tanımları değiştiğinden, yönergede bireysel terimlerin ne anlama geldiğini belirtmek gerekmektedir. Kan nakli, organ bağıışı ve otopsi konusundaki istekleri de kayıt altında olmalıdır (5) (Tablo-1).

İleri Direktiflerde Yer Alan Özel Durumlar

İleri direktif yönergelerinde aşağıda yer alan özel durumlar yer almaktadır (7,11,13). Bu durumlara ek olarak; var olan kronik hastalığa yönelik spesifik tedavi (dializin sonlandırılması, vb.) direktiflerde yer alabilmektedir.

Hekim Yardımlı İntihar ve Ötenazi

Hekim yardımlı intihar ve ötenazi felsefeciler, etikçiler, sağlık profesyonelleri tarafından yıllardır tartışılmaktadır.

Ötenazi: Tedavi edilemeyen ve sürekli ilerleyen bir hastalığa sahip bireyin kasti olarak hızlı ve ağrısız bir şekilde yaşamına son verilmesidir.

Hekim yardımlı intihar: Ölümünü hızlandırmak için genellikle hekimler ve sağlık bakım vericilerinden yardım isteyerek ölümcül dozda ilaç kullanımı ile hasta bireyin yaşamına son verilmesidir.

Bu iki olay diğer tıbbi girişimlerden; yaşam destek tedavilerinin devam ettirilmemesi ve tolere edilemeyecek dozda ilaç kullanımı gibi iki farklı yönden ayrılmaktadır, ancak arasında fark olmadığı da savunulmaktadır.

Mekanik ventilatörün sonlandırılması: Mekanik ventilasyonun hastaya yarardan çok zarar sağladığı, hastanın gereksinimlerinin tam sağlanmadığı durumlarda sağlık bakım vericileri tarafından işlemin sonlandırılmasına ilişkin tartışmaların başlatıldığı süreçtir. Çoğu zaman bu süreç ileri direktifler doğrultusunda işlenmektedir. İleri direktiflerin olmadığı durumlarda ya da hasta karar verme sürecinde yeterli kapasiteye sahip değilse hasta vekilleri ve sağlık bakım ekibi ile ortak karar verilmektedir.

Karar verme süreci oldukça uzun ve duygusal bir sürece dönüşebilmektedir. Restoratif ve tedavi edici bütün girişimler ile bakımın amacına ulaşım ulaşılmadığına karar verebilmek için sürekli girişimler ve hasta değerlendirilmelidir. Bu süreç içerisinde hasta ve hasta yakınlarına durum hakkında sürekli bilgi vermek, hasta ve ailesine yapılan bütün girişimlerin daha fazla yararının olmayacağı hususunun anlatılmasında yardımcı olmaktadır.

Karar verme sürecinin bir parçası olan hasta ve ailesinin düşüncelerinin alınması da önemli yer tutmaktadır. Bu düşüncelerde hasta ve ailenin kültürel ve spiritüel yönlerinin farklılık gösterebileceği unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları hasta amaç ve değerlerini göz önünde bulundurarak bütün tıbbi girişimleri uygun bir dil ile paylaşmalıdır.

Mekanik vantilatörden çekilme kararı verildiğinde ne zaman ve nasıl olacağı belirlenmiş olmalıdır. Karar verildiğinde hasta yakınları bu işlemde sonra hastanın ne kadar daha nefes alabileceğine dair öngörülen süre hakkında bilgilendirilmiş olmalıdır.

Tablo-1. İleri Direktif Formu (POLTS).

		Hastanın/Vekilin Adı:	
		Hastanın/Vekilin Soyadı:	
		Hastanın/Vekilin Doğum Tarihi:	
BÖLÜM A	RESÜSİTASYON: Hastada nabız ya da solunum yok. <input type="checkbox"/> Resüsite et <input type="checkbox"/> Resüsitasyon yapma (DNR) Kardiyopulmoner arrest olmadığında, B,C ve D'ye geçiniz.		
BÖLÜM B	TIBBİ GİRİŞİMLER: Hastada nabız ya da solunum var. <input type="checkbox"/> Konforun sağlanması: Hasta onurlu, saygılı bir şekilde tedavi edilir. Ağızdan beslemede önlemler alınır ve ağrı, hijyene dikkat edilir. Tedavi, pozisyon verme, yara bakımı ve ağrıyı azaltmak için diğer önlemler alınır. Oksijen, aspirasyon ve havayolu tıkanmalarının manuel tedavisi uygulanabilir. Hastaların yaşadıkları yerlerde bu önlemler alınır. Konfor göstergeleri yeterli olduğunda hastanın hastane yatışına gerek yoktur. <input type="checkbox"/> Sınırlı ek girişimler: Aşağıdaki girişimleri içerir. Kardiyak monitörizasyon, oral/IV tedavi. Hastaneye transfer fakat endotrakeal entübasyon ve uzun süreli yaşam desteği yok. Genellikle yoğun bakımın değil <input type="checkbox"/> Tüm tedaviler: Yukarıdaki bakıma ek olarak endotrakeal entübasyon ve kardiyoversiyon. Diğer direktifler.....		
BÖLÜM C	ANTİBİYOTİKLER: Konforun sağlanması <input type="checkbox"/> Antibiyotik yok <input type="checkbox"/> Antibiyotikler var Diğer direktifler.....		
BÖLÜM D	BESLENME VE HİDRASYON <input type="checkbox"/> Beslenme tüpü/IV sıvı yok <input type="checkbox"/> Beslenme tüpü/IV sıvılarının denemesi <input type="checkbox"/> Uzun süreli tüple besleme/IV sıvı Diğer direktifler.....		
BÖLÜM E	Görüşülenler /(Bilgi verilenler) <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Hasta ebeveyni <input type="checkbox"/> Sağlık bakım temsilcisi /vekil <input type="checkbox"/> Yasal varis <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Diğer:		Tıbbi durumun özeti:
	Hekim/hemşire adı: Hekim/hemşire telefon numarası		Tarih: Hekim/hemşire imzası
BÖLÜM F	POLST formun tekrar incelenmesi		
	Tarih	İnceleyen	İnceleme Yeri
			<input type="checkbox"/> Değişiklik yok <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form dolduruldu <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form yok
		<input type="checkbox"/> Değişiklik yok <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form dolduruldu <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form yok	

Yararsızlık (Futility)

Hastaya uygulanan girişimlerin yarar-zarar oranlarının değerlendirildiği süreçtir (13,15). Bu süreçte hastanın kademeli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Kademeli değerlendirme; yanlış anlaşılma, kişisel faktörler, kültürel farklılıklar ve değer farklılıklarını içermektedir (15). Yararsızlık temelde medikal bir kavramdır ve gerçeklere dayanmaktadır (15). Bununla birlikte yaşam şansının az olması yararsızlık ile eş anlamlı değildir.

Yararsızlık genellikle hekimin herhangi bir girişimin hastaya bakımının bir parçası olarak yarar sağlayacağına inanmadığı zaman veya hasta ya da aileleri tarafından hastaya yapılması istenen bir girişimin hekim tarafından kabul edilmemesi temelinde ortaya çıkmaktadır. Bu uyuşmazlıklar sıklıkla hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon, mekanik ventilasyon ve diyaliz uygulaması konularında ortaya çıkmaktadır (15).

Wolf ve ark. (16), yararsızlıktan; hekimlerin hastaları ile konuşması için gerekli olan ve hastaları rahatlatmak için

iyi bir araç olarak ifade etmişlerdir. Hasta ile iletişim kurulurken kişisel farklılıklar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu süreçte yönelik olarak aşağıdaki yollar izlenebilir.

1. Hasta, aile ve sağlık profesyonellerinin karşılıklı olarak tatmin edici sonuçlara ulaşması için girişimlerde bulun!
2. Diğer profesyonellere danış!
3. Etik değerleri göz önünde bulundur!
4. Eğer daha uygun bir kurum veya doktor varsa hastayı transfer et!

Kardiyopulmoner Resüsitasyon

Hastanın hastaneye girişi sırasında kardiyopulmoner resüsitasyonla (KPR) ilişkili isteğinin anlaşılması önemlidir. KPR'nin uygulanmaması, "Do Not Resuscitate" (DNR) olarak ifade edilmektedir (17,18). Bireyin değerlendirilmesi sonucunda uygulamanın bireye yararı ve zararı tartışılarak karar verilmektedir. Bireyin resüsitasyon konusunda iyi bir şekilde bilgilendirilmesi ile ileri

direktiflerde DNR isteyip istemediğini belirtmesi bu bağlamda önem taşımaktadır. Sağlık çalışanları hasta ile DNR hakkında konuşurken KPR'nin başarı şansı hakkında bilgi vermelidir. KPR hakkında bilgi sahibi olmak hastaların bu yöndeki kararını etkilemektedir.

İleri direktif formlarında DNR talimatlarının olması hastaların özerk hareketlerini kolaylaştırarak hastaların kendi tedavi tercihlerini, yaşam uzatıcı tedavilerin uygulanması durumunda ve bu kararları verme yetisine sahip olmaları koşulu ile belirtmelerine imkan sağlar (17). KPR'nin yapılması veya yapılmaması konusunda hastaların bu kararı alması hem hekimler hem de diğer kişiler (aile, yakın, arkadaş vb.) tarafından kabul gören bir düşüncedir. Beddell ve Debanco'nun yaptığı çalışmada DNR talimatı ile yatan hastaların sadece %20'si resüsitasyon tercihlerini DNR talimatı öncesi hekimleri ile konuşmuştur. Sağlık çalışanlarında olduğu gibi hastaların da büyük bir kısmı DNR kararlarını tartışmak istememektedir (19). Bunun en önemli nedeni kültürel farklılıklar ve hastanın DNR konusunun konuşulmasından zarar göreceği, hastalarda ciddi anksiyete ve umutsuzluğa neden olacağı kaygısıdır.

Amerikan Tıp Birliği tarafından DNR talimatlarının uygun kullanımı için hazırlanan rehberde hekimlerin etik açıdan hasta veya vekil tarafından belirtilen tercihlere uymak zorunda oldukları belirtilmektedir (17).

1. Beslenme ve Hidrasyon

Beslenme ve hidrasyonun kesilmesi de etik konular içerisinde yer almaktadır. Birey ileri direktiflerinde beslenmesinin kesilmesini istemişse beslenme yasal olarak kesilebilmektedir.

Terminal dehidratasyon: Dehidratasyon terminal dönemdeki hastalar için en önemli problemlerden birisidir. Hastanın rehidrate edilmesi etik ve psikolojik alanda tartışmalı konulara neden olmaktadır.

Terminal dönemdeki hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada rehidratasyonun etkileri şu şekilde sıralanabilmektedir.

Hidrasyonu destekleyen görüşler:

- Hastanın yeniden rehidrate edilmesi terminal dönemde yararlı bir uygulamadır.
- Hastanın rehidrate edilmesi terminal dönemde görülen deliryumun şiddetini azaltmaktadır.
- Literatür bilgilerinde yer almamasına rağmen rehidratasyon hastalığın iyilik halini uzatabilir.
- Rehidratasyon minimal bakım sağlayarak hastaya yardımcı olur.
- Parenteral rehidrasyonun durdurulması veya azaltılması bazı palyatif tedavilerin durdurulmasına yol açabilmektedir.

Hidrasyona Karşı Olan Görüşler;

- Dehidratasyonu takiben ortaya çıkan koma durumunda hastalık semptomları zayıflatılır.
- Dehidratasyon gastrointestinal ve bronşiyal sekresyonların azalmasına neden olarak bulantı ve kusmayı azaltabilir.
- Dehidratasyon asit ve ödem insidansını azaltır.
- Aşırı miktarda parenteral hidrasyon yaşam kalitesini ve ölüm sürecini kötüleştirebilir.

Antibiyotik Kullanımı

Antibiyotik kullanımı yaşamı sürdürmek için yapılan girişimler arasında sayılabilir.

İleri Direktiflerin Hukuksal Boyutu

Dünya'da 1990 yılı öncesi dönemde KPR uygulamalarının sınırlandırılmasının mesleki bir hata olduğu düşünülürken 1990'dan sonra başlayan dönemde Amerika Birleşik Devletleri Senatosu tarafından hastaların kendi adlarına uygulanacak tedaviler için kendilerinin karar vermesine yönelik bir kanun yayınlanmıştır. Aralık 1991 tarihinden itibaren yürürlüğe giren bu kanunda bireylerin "tıbbi tedaviyi reddetme ve detaylı tercihlerini formüle etme" hakkı olduğu belirtilmiştir. Buna ek olarak sağlık kurumlarının ileri direktifleri içeren yazılı belgeleri kayıtlara geçirmeleri gerektiği belirtilmiştir.

Ülkemizde DNR veya resüsitasyonun sınırlandırılması yasal süreçlerde yer almamasına karşın tedaviyi reddetme hakkına yönelik bazı haklar mevcuttur. Buna yönelik ilk ilke otonomidir (17). Bireyin kendi değer ve önceliklerine göre vücuduna veya sağlığına yapılacak müdahaleleri belirleme hakkına sahip olması demektir. Bu ilkeye göre tıbbi müdahalenin ön şartı hastanın bilinçli rızasıdır; hasta yaşamını sürdürücü tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. Maddesi'nde "Hasta tedaviyi reddetme ya da durdurulmasını isteme hakkına sahiptir." maddesi yer almaktadır (20).

Öte yandan DNR uygulanmasına yönelik Türk Ceza Kanunu'nda özel bir hüküm yoktur. Bununla birlikte ötenazi ve pasif ötenazi konusuna yönelik hükümler vardır, örneğin Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 13'te ötanazinin yasak olduğu belirtilmiştir (20).

Sonuç olarak; Türkiye dışındaki ülkelerde ileri direktifler ve özellikle DNR uygulamalarına yönelik kanunların olması nedeni ile daha kolay ve belirsizlikten uzak olarak hareket edilebilmektedir. Ülkemizdeki uygulamalara bakıldığında bu konuda belirli bir yönetmeliğin olmadığı görülmektedir. Bu önemli uygulamalar, sağlık profesyonelleri ve hukukçular tarafından çok yönlü olarak ele alınmalı ve toplumumuzun kendi değerleri ve kültürel yapısı göz önüne alınarak yasal düzenlemeler ve etik ilkeler belirlenmelidir.

Kaynaklar

1. Emanuel L, Barry MJ, Stoeckle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advance directive for medical care—a case for greater use. *N Eng J Med* 1991;324(13):889-95.
2. Emanuel LL, Danis M, Periman RA, Singer PA. Advance care planning as a process: Structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc* 1995;43(4):440-6.
3. Mitty EL. Advance directive. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D (eds). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2012:579-99.
4. Stetler KL, Elliott BA, Bruno CA. Living will completion in older adults. *Arch Intern Med* 1992;152(5):954-99.
5. Vezzoni C, Maratti S. Treatment directives in Netherland: The gap between legal regulation and medical practice. In: Negri S, (ed). *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care*. Netherland: Koninklijke Brill NV; 2011:287-98.
6. Urbanyi M, Molloy DW, Lever AL. Health Care directive for elderly. *Can Fam Physician* 1992;38:2357-61.
7. Moore CD. Advanced care planning and end-of-life decision making. Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P (eds). *Palliative & End-of-Life Care*. 2nd ed. St. Louis: Saunders; 2005:49-61.
8. Laakkonen MS. Advanced care planning elderly "patients' preferences and practices in long-term care. NSW Health Clinical Services Redesign Program. PhD Thesis 2005: ISBN 952-10-2344-9. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/laakkonen/advanvec.pdf> (accessed on December 2013).
9. Molloy DW, Guyatt GH, Almayehu E, et al. Factor's affecting physicians' decisions on caring for an incompetent elderly patient: An interational study. *Can Med Assoc J* 1991;145(8):947-52.
10. Molloy DW, Guyatt GH, Almayehu E, McIlroy WE. Treatment preferences, attitudes towards advance directives and concerns about health care. *Humane Med* 1991;7(4):285-90.
11. Taylor C. Advance directive. In: Kuebler KK, Esper P (eds). *Palliative Care Practice From A-Z*. Pittsburgh: ONS Publishing; 2002:1-7.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence Based Practice in Nursing & Health Care*. Philadelphia: Lippincott; 2005:262-75.
13. Coveney A. Ethical issues surrounding advanced directive. In: Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P (eds). *Palliative & End-of-life Care*. 2nd ed. St Louis: Saunders; 2005:63-74.
14. Bravo G, Dubois MF, Wagneur B. Assessing the effectiveness of interventions to promote advance directives among older adults: A systematic review and multi-level analysis. *Soc Sci Med* 2008;67(7):1122-32.
15. Bolaman Z. Kök hücre nakli sonrası terminal dönem hasta bakımı. Türk Hematoloji Derneği, Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Kursu. 2005. <http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/kokhucrenaklisonrasiterminaldonemhastabakimi.pdf> (Erişim tarihi Eylül 20123).
16. Wolf SM. Conflict between doctor and patient. *Law Med Health Care* 1988;16(3-4):197-203.
17. Sert H, Gözdemir M, Işık B. Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması etik mi? *Yeni Tıp Dergisi* 2007;24(2):85-9.
18. Guidelines for appropriate use of do-not-resuscitate orders. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1991;265(14):1868-71.
19. Bedell SE, Delbanco TL. Choices about CPR in the hospital—when do physician talk with patients? *N Eng J Med* 1984;310(17):1089-93.
20. Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.