

# Asya'daki Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sürdürücü Tedavilerin Durdurulması ve Kesilmesi

## *Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatments in Intensive Care Units in Asia*

Çevirmen: Dr. Burçin Halaçlı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

*Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH, Binh NG, Tan CC, Faruq MO, Arabi YM, Wahjuprajitno B, Liu SF, Hashemian SM, Kashif W, Staworn D, Palo JE, Koh Y; for the ACME Study Investigators and the Asian Critical Care Clinical Trials Group. JAMA Intern Med 2015;175:363-71.*

### Giriş

Prognozun çok kötü olduğu hasta grubunda yaşamın devamı için gerekli tedavilerin verilmemesi veya verilmiş tedavilerin bırakılması olarak tanımlanan “yaşam desteğinin durdurulması” (withhold) ve “yaşam desteğinin kesilmesi” (withdraw) ülkemiz için kullanılan tabirler olmasa da özellikle son dört dekatta batı medikal literatürüne girmiş, tüm dünyada yoğun bakımlarda yaygın kullanılan, yoğun bakım çalışanlarını zorlayan işlemlerdir (1). Ülkeler arasında ve ülke içinde farklılıkların olması nedeniyle, bu konuda batılı ülkelerle Asya arasında hekimlerin yaklaşımlarında farklılıkların olabileceği hipotezi ortaya atılabilir. Bu çalışma Asya ülkelerinde ve bölgesinde kritik hasta yönetiminde yer alan hekimlerin güncel uygulamalarını açıklamak ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır (2).

### Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma, Asya'da 16 ülkede erişkin hastaların invaziv mekanik ventilasyon ile izlenebildiği yoğun bakımlarda hasta sorumluluğu alan hekimlere uygulanan bir anket çalışmasıdır. Çalışmacılar Nisan 2010'da anketi geliştirmişlerdir. Ağustos 2010'da hedef katılımcılarla benzerlik gösteren 14 yoğun bakım uzmanı üzerinde duyarlılık testi için validasyon değerlendirilmiştir. Ankete son hal Kasım 2011'de verilmiştir ve cevaplar 5 puanlı Likert ölçeği ile sıralanmıştır.

Sorularda, kardiyopulmoner resüsitasyonu (KPR) da içeren yaşamı sürdürücü tedavilerin durdurulması ve kesilmesi test edilmiştir. Hasta ve yakınlarıyla olan iletişimin etkili olup olmadığı incelenmiştir. Karar verme noktasında etkili olabilecek lokal politikalar ve legal risk algıları test edilmiştir. Daha önceki anketlerde kullanılan iki vaka senaryosu adapte edilerek batılı hekimlerin cevaplarıyla karşılaştırma yapılmak istenmiştir. İlk senaryoda, prognozun son derece kötü olduğu durumdaki pratik

uygulamayı ve davranışları anlamak amaçlanmıştır. İkinci senaryoda ise, ailelerin veya yakınlarının görüşlerinin yaşam sonu pratiğindeki etkilerini anlamak ve katılımcıların 3 hipotetik durumda yönetimlerini modifiye edip etmedikleri test edilmek istenmiştir. Katılımcılara şifreler verilerek online olarak Mayıs-Aralık 2012 tarihleri arasında anketi doldurmaları istenmiştir.

Kategorik değişkenler oran olarak ifade edilmiştir. Likert skalasından cevapları dikotomize etmek için “güçlü katılan/katılan”, “ne katılan ne de katılmayan/katılmayan/güçlü katılmayan” dan ve “neredeyse her zaman/sıklıkla”, “bazen/nadiren/neredeyse hiçbir zaman” dan ayrılarak kategorize edilmiştir. Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü verilerini kullanarak ekonomik faktörlerin etkisi çalışılmak istenmiştir. P değeri <.05 istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### Bulgular

Davet edilen 785 yoğun bakımdan 466'sı cevap vermiş (%59,4), 2460 hekimden ise 1465'i anketi yanıtlamıştır (%59,6). Prognozu çok kötü hastalar için neredeyse her zaman veya sıklıkla katılımcıların %70,2'sinde yaşam sürdürücü tedavilerin alıkonduğunu, %20,7'sinde kesildiğini ve %2,5'inde ise ölüm gerçekleşene kadar yüksek doz barbitürat veya morfin verildiğini belirtmişler. Cevaplayıcılardan %74,5'i tedavilerin durdurulması ve kesilmesinin etik olarak farklı olduğunu düşünüyörlmüş. Hekimlerin çoğunluğu yaşam sonu bakımda KPR, vazopressör, hemodiyaliz ve antibiyotik tedavisi gibi tedavilerin genellikle durdurulduğu veya kesildiğini belirtmekle birlikte enteral beslenme, intravenöz sıvı ve oral sekresyonların aspirasyonu işlemlerine devam ettiklerini vurgulamışlar. Tedavilerin durdurulması ve kesilmesinin Bangladeş, Çin, Endonezya, İran, Japonya, Suudi Arabistan, Tayvan, Tayland ve Vietnam'da diğer ülkelere göre daha az yapıldığı görülmüş. Katılımcıların sırasıyla %84,1 ve %77,9'u hastaların arzularının ve ailelerin ricalarının yaşam sürdürü-

**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Burçin Halaçlı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye  
Tel.: +90 312 305 27 74 e.posta: burcin.halacli@yahoo.com  
DOI: 10.5152/dcyogunbakim.2015.02

**Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 18.05.2016

©Telif Hakkı 2015 Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği - Makale metnine www.dcyogunbakim.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015 by Turkish Society of Medical and Surgical Intensive Care Medicine - Available online at www.dcyogunbakim.org

cü tedavilerin kısıtlanmasında önemli bir faktör olduğunu düşünüyorlar. Bununla birlikte hekimlerden sadece %43,9'u bu konuyu ailelerle tartıştıklarını ve %35,6'sı da ailelerin neredeyse her zaman veya sıklıkla uygunsuz yaşam sürdürücü tedavi talepleri olduğunu bildirmişler. Yaşam sürdürücü tedavilerin kısıtlanması durumunda ve DNR (do not resuscitate) uygulandığında legal yönden sorunlarla karşı karşıya kaldıklarını belirtenlerin oranı sırasıyla %30 ve %28,7. Sadece %18'lik bir grup ilk vaka örneğinde DNR uygulamayacağını belirtmiş. Bu noktada DNR uygulamada etkili bağımsız prediktörler Protestan ve Katolik dine mensup olmak olarak bulunmuş. Uygulamama kararında ailelerin ricasının, onlarla yapılan rahatsız edici tartışmaların ve legal riske maruz kalma algısının etkili olduğu vurgulanmış. Herhangi bir hasta yakınının ileri direktifleri (advanced directives) olmadığı zaman, KPR gibi yaşam sürdürücü tedavilere devam oranı %28,5 iken, eğer hasta yakınları tedavinin kesilmesi konusunda ısrar ederlerse bu oran %4,8'e düşmekte iken, daha aktif tedavi konusunda ısrarcı olurlarsa bu oran %45,1'e çıkmaktaymış.

## Tartışma

Yoğun bakımlar, ağır fakat potansiyel olarak geri dönüşümlü tıbbi durumdaki kritik hastaların yaşamlarını kurtarmayı sağlamak için kurulmuştur. Öte yandan, bir grup hastada hastalık progresyonundan dolayı kaçınılmaz olarak ölmektedir. Yoğun bakım tıbbının amacı ölümü uzatmak değildir. Bu noktada yaşam sonu bakım kavramı 70'li yıllardan itibaren öncelikle Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tartışılmaya başlanmıştır. Hekim/hasta ilişkisi paternalist yaklaşımdan hasta-otonomi modeline dönmüştür. Bu konuda yoğun bakımçıların yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla son iki dekatta Avrupa'da anket çalışmaları yapılmaya başlanmıştır (3).

Bu çalışmada hekimlerin daha önce yapılan anket sonuçlarına göre Kuzey Amerika, Avustralya ve Avrupa'daki (hepsi>%90) meslektaşlarına göre DNR uygulama oranlarının (%82) düşük olduğu gözükmektedir. Buna karşın septik şoktaki hipoksik ensefalopati hastalarına "her şeyi yapma" oranı (%53,8), ABD (<%40), Güney Avrupa (%30), Kanada (<%20), Avustralya, Kuzey ve Merkez Avrupa'daki (<%10) meslektaşlarına göre belirgin yüksektir. Bu durum, Asyalı yoğun bakımçıların batılı meslektaşlarına göre tedavide daha agresif oldukları ya da Asyalıların hekimlerden agresif tedavi bekledikleri şeklinde yorumlanabilir (4). Ayrıca bu çalışma düşük ve orta gelirli ülkelerde DNR uygulamasının daha az olduğunu göstermektedir. Yani ülkelerin ve ekonomik durumlarının hekimlerin yaklaşımlarında güçlü belirleyici özellikler olduğu söylenebilir. Buna karşın bu çalışmada tek tip bir Asyalı yaklaşımın olmadığı gözükmektedir. Öyle ki Hong Kong, Pakistan, Filipinler ve Singapur'dan hemen bütün katılımcılar DNR uygulaması da, Çin ve İran'daki hekimlerin yaklaşık yarısı bunu uygulamaktadır. Ülkemizde bu konuda Anesteziyolojistler üzerinde yapılmış bir çalışmada hekimlerin %65,9'u DNR uygulaması yaptıklarını, bu süreçte sıklıkla meslektaşlarına danıştıklarını (%82,7) belirtirken %14,4'ü aileye, %1,7'si ise Etik Komiteye sorduklarını belirtmişlerdir (5). Her hastanede Etik Komite olmasına rağmen bu kadar düşük oranda danışılmanın nedeni ülkemizde "yaşam

sonu" tıbbının yasal bir altyapısının olmamasıdır. Diğer çalışmalar ve mevcut çalışmanın sonucuyla söylenebilir ki "herkese uyan tek bir beden" yoktur. Ayrıca bu tür uygulamaları yönlendirebilecek tek tip bir didaktik kontrol listesi de mümkün değildir (6).

Batılı kılavuzlar hasta otonomisini teşvik etmesine rağmen, aileler hastaların yerine geçmesine yaşam sonu karar alımında aktif olmaya çalışmaktadırlar. Çoğu Asya kültüründe ailelerin rolünün olağanüstü olduğu düşünülmektedir. İlginç olarak katılımcıların %56,1'i hasta yakınlarıyla rahatsız edici tartışmalar yaptıklarını, %22,1'i ise onların düşünce ve isteklerini önemsemediklerini ve %35,6'sı ise bu isteklerin neredeyse her zaman uygunsuz olduğunu belirtmişler. End of Life Practices in European Intensive Care Units Study (ETHICUS) çalışmasında tedavilerin kısıtlanması noktasında etkili faktörlerin hasta yaşı, akut ve kronik tanılar, yoğun bakımda yatış gün sayısı, hasta dönüşüm sıklığı, din ve hekimlerin dini inanışlarının olduğundan bahsedilmiştir (7). İlginç olarak bu çalışmada dini inanışı olmayan hekimlerin Protestan ve Katoliklere göre daha az DNR uyguladığı gözükmektedir. Bu çalışmada çoğu hekimin vazopressör ve hemodiyalizi durdurma ve kesme kararında enteral beslenme ve intravenöz sıvı tedavisine göre daha fazla hazır oldukları anlaşılmıştır. Amerikan kılavuzlarının ölüm sırasındaki yapay beslenme konusunu tartışmalarına rağmen, Çinlileri içeren bazı Asyalı etnik gruplar beslenmeyi sıklıkla anne- babaya saygı olarak görmektedirler. İslami görüşler de beslenme desteğini tıbbi bir tedavi olarak değil, temel bakım olarak değerlendirmektedir.

## Sonuç

Bu çalışma Asya'daki yoğun bakım hekimlerinin batılı meslektaşlarına göre yaşam sürdürücü tedavileri daha az kısıtlama eğiliminde olduklarını göstermektedir. Uygulamalardaki geniş değişkenlikler dünyanın diğer bölgelerine göre sıklıkla fazladır. Ülkelerin ekonomik, kültürel, dini ve yasal farklılıklarıyla birlikte hekimlerin kişisel yaklaşımları da pratik uygulamalardaki varyasyonları etkileyen faktörlerdir.

## Kaynaklar

1. Burns JP, Edwards J, Johnson J, et al. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003;31:1543-50. [CrossRef]
2. Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med* 2015;175:363-71. [CrossRef]
3. Moselli NM, Debernardi F, Piovano F. Forgoing life sustaining treatments: differences and similarities between North America and Europe. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50:1177-86. [CrossRef]
4. Koh M, Hwee PC. End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: How Asia Differs From the West. *JAMA Intern Med* 2015;175:371-2. [CrossRef]
5. İyilikci L, Erbayraktar S, Gökmen N, et al. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004;48:457-62. [CrossRef]
6. Paruk F, Kissonoo N, Hartog CS, et al. The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: III. Withdrawing Mechanical ventilation--the approach should be individualized. *J Crit Care* 2014;29: 902-7. [CrossRef]
7. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003;290:790-7. [CrossRef]