

Orijinal makale

# Neonatal Resüsitasyon Konusunda Sağlık Çalışanlarının Düşünceleri ve Pratik Uygulamaları

*Didem ALİEFENDİOĞLU<sup>1</sup>, Cihat ŞANLI<sup>1</sup>, Emine DİBEK MISIRLIOĞLU<sup>1</sup>, Meryem ALBAYRAK<sup>1</sup>,  
Şule TOPRAK<sup>1</sup>, Selda HIZEL BÜLBÜL<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, KIRIKKALE

## ÖZET

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının neonatal resüsitasyon konusunda düşünce ve pratik uygulamalarını araştırmak amacıyla planlandı.

Bu çalışmaya çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan ve neonatal resüsitasyon uygulayan 183 sağlık çalışanı katıldı. Önceden hazırlanmış anket formları katılımcılar tarafından yalnız olarak dolduruldu ve veriler kaydedildi. Çalışmaya alınan 183 sağlık çalışanının; 119'u kadın, 64'ü erkek, ve yaş ortalaması 31±5 yıl olup 60'ü pratisyen hekim, 24'ü ebe veya hemşire, diğer uzmanlık alanları ise çocuk sağlığı ve hastalıkları (n:75), kadın hastalıkları ve doğum (n:16), anestezi (n:8) idi.

Resüsitasyon gerektirebilecek bebeğin durumu ile ilgili olarak aile ile konuşma zamanı konusundaki düşünceleri sorgulandığında ankete katılanların %87.4'ü doğumdan önce konuşmak gerektiğini düşünmekte idi, ancak pratikte sadece %41.5'i uyguluyordu. Bebeğin resüsitasyonuna başlanması için aile kararının önemli olduğunu düşünenlerin oranı %31 idi. Resüsitasyonu sonlandırmak konusunda son karar kime ait olmalı sorusuna, %59.6'sı aile kararının önemli olmadığını düşündüklerini belirtti. Bu soru ile ilgili pratik uygulamalarında kendi kararlarını daha da önemsedikleri (%85.8) görüldü. Yenidoğana yaşam desteği verilmesi kararına ailenin katılabilmesi için en önemli faktör anne babanın bu konuda bilinçli ve işbirliğine hazır olması (%61.2) olarak tanımlandı.

Başlanmış olan resüsitasyon işlemini sonlandırmak için tıbbi kriterin ne olduğu ve resüsitasyon uygulanmaması için gebelik haftası veya doğum kilosu için alt sınırların neler olduğu sorularına sırasıyla ankete katılanların %20.8 ve %24'ünün hiç yanıt vermediği, yanıt verilmemesi ile meslek grubu ve neonatal resüsitasyon kursu katılımı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görüldü. Bu çalışmada, neonatal resüsitasyon konusunda, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun bebeğe resüsitasyon uygulanması kararına ailelerin katılmasının gerekli olmadığını düşündükleri uyguladıkları, NRP kursuna katılmanın teorik bilgilenmeyi sağladığı ancak tutum ve davranışları etkilemediği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Neonatal resüsitasyon, sağlık çalışanları, NRP, düşünce ve pratik uygulama

## ABSTRACT

### The attitudes and practices of health providers on neonatal resuscitation

This study has been planned to investigate the attitudes and practices of health providers on neonatal resuscitation.

From different health institutions, 183 health providers applying neonatal resuscitation have participated to this study. Participants filled a self administered questionnaire and data was recorded.

The total 183 health providers 119 women, 64 men had a mean age of 31±5 year, distributed as 60 general practitioners, 75 pediatricians, 24 nurses or midwives, 16 obstetricians, and 8 anesthetist.

When asked their thoughts on the time to talk with the family regarding the status of baby with possible need for resuscitation, while 87,4% of participants responded as before delivery, but only 41,5% applied like this. The proportion of those who considered family decision was important to initiate resuscitation was 31%, 59,6% stated as family decision was not important for the question of "who should give the final decision to stop the resuscitation". During practice, it was observed they cared much more their decisions regarding this question (85,8%). It was defined (61,2%) the most important factor was parents' awareness and ready for cooperation regarding the family participation in the decision for giving life support to the baby.

The questions of "what is the criteria to stop the ongoing resuscitation" and "what is the cutoff point of gestational week or the birth weight to start resuscitation" were not responded respectively at rates 20.8% and 24%; it was determined the relation between not responding these questions with profession and participation to a NRP course were significant.

In this study, it was considered that majority of health providers believed and practiced that family participation to the decision for starting neonatal resuscitation was not necessary. Participating to a NRP course provided only theoretical information but not influenced attitude and practice.

**Key Words:** Neonatal resuscitation, health providers, NRP, attitude and practice

## GİRİŞ

Yaşam destek tedavileri, yaşamı tehdit eden birçok hastalığı düzeltmek ve beklenen yaşam süresini ve kalitesini artırmak amacı ile herhangi bir tıbbi girişim, ilaç ya da teknolojiye dayalı uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Yenidoğanlar doğum anından başlayarak, doğumu izleyen

dakikalar içerisinde ortama adaptasyon için yoğun biyokimyasal ve fizyolojik bir süreç yaşarlar. Yenidoğanların %90'ı bu süreci sorunsuz bir şekilde geçerken %10'u ise doğumda solunumlarını başlatabilmek için yardıma gereksinim gösterir ve yaklaşık %1'inde de yoğun resüsitasyon uygulamak

gerekir. Neonatal resüsitasyonun amacı, sürekli tıbbi desteğe çok az ihtiyacı olan veya hiç olmayan, mümkün olduğunca az fiziksel veya mental eziyet çeken, çevresiyle ilişki içinde olma şansını yakalamış ve toplumla kaynaşabilen bireylerin yaşatılması olarak tanımlanmaktadır<sup>1</sup>. Yenidoğanın resüsitasyonu ve yoğun bakım tedavi kararı aile, toplum ve tıp dünyasına moral ve etik sorunlar getirir. Resüsitasyon sonrası yoğun bakım gerektiren bebeklerde ciddi komplikasyonlar gelişirse anne babanın da onayı ile yaşam destek tedavisinin bırakılabileceği bildirilmektedir<sup>2,3</sup>.

Bir yaş altındaki ölümlerin önemli bir kısmının yenidoğan döneminde ve doğumdan hemen sonra olduğu ülkemizde resüsitasyon uygulamasından sorumlu sağlık çalışanlarına standart neonatal resüsitasyon eğitimi verilmesi yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır. Neonatal resüsitasyon uygulamasında standard yaklaşımın bilinmesi bebeğe yaşam desteği sağlanmasında en önemli faktör olmakla birlikte, bu hizmeti sağlayacak olan sağlık çalışanlarının kişisel düşünce ve yaklaşımları da uygulamada etkili olabilmektedir.

Bu çalışmada, bebelere yaşam desteği başlanması veya sürdürülmesi konusunda bugüne kadar az sayıda çalışma yapılmış olan ülkemizde, çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan ve neonatal resüsitasyonla uğraşan sağlık çalışanlarının neonatal resüsitasyonla ilgili düşünce ve pratik uygulamaları araştırılmıştır.

## MATERYAL VE METOT

Kesitsel bir araştırma niteliğinde olan bu çalışmada 1 aylık süre içersinde, 2 üniversite hastanesi, 3 doğumevi, 3 çocuk hastanesi ve 1 sağlık ocağı olmak üzere 9 ayrı sağlık kuruluşunda çalışan ve neonatal resüsitasyon uygulamış olan toplam 183 sağlık çalışanı (doktor, ebe veya hemşire) alındı. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan, önceden hazırlanmış 20 soruluk anket formları katılımcılar tarafından yalnız olarak dolduruldu ve veriler kaydedildi. Anket formlarında sağlık çalışanlarının resüsitasyon pratiği konusunda hem düşünceleri hem de pratik uygulamalar hakkında sorular yer almakta idi.

Ankette yer alan resüsitasyon gerektirebilecek bebeğin durumu ile ilgili olarak aile ile ne zaman konuşulması ve bebeğin resüsitasyonuna başlamak veya sürdürmek konusunda son kararın kime ait olması gerektiği konularındaki düşünce ve pratik uygulamalar yanısıra, yenidoğana yaşam desteği verilmesi kararına ailenin katılabilmesi için önemli faktörler, resüsitasyon çabasını azaltan faktörler, resüsitasyon işlemini sonlandırmak için tıbbi kriterler ve resüsitasyon uygulanmaması için gebelik

haftası veya doğum kilosunun ne olduğu şeklindeki sorulara verilen yanıtlar değerlendirmeye alındı.

**İstatistiksel değerlendirme:** Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) istatistik paket programında analiz edildi. Kesikli değerşkenler sayı ve yüzde şeklinde verildi. Karşılaştırmalarda ki kare testi kullanıldı,  $p < 0.05$  anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının özellikleri Tablo I'de görülmektedir. Anket formunda yer alan sorulara verilen yanıtlar (Tablo II ve III) değerlendirildiğinde, resüsitasyon gerektirebilecek bebeğin durumu ile ilgili olarak aile ile konuşma zamanı sorusuna ankete katılanların 160 (%87.4)'ı doğumdan önce konuşmak gerektiğini düşündüklerini belirtti. Bu soruya verilen yanıtlar ile ankete katılanların cinsiyeti, görev yeri, çocuk sahibi olması ve neonatal resüsitasyon eğitimi alması arasında ilişki bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Konuşma zamanı ile ilgili uygulamaları sorulduğunda, tüm ankete katılanların 76 (%41.5)'sı doğumdan önce bu konuşmayı gerçekleştirdiği öğrenildi. Cinsiyeti kadın olanlar yanısıra ebe/hemşirelerin ve uzmanlık alanı çocuk sağlığı ve hastalıkları olanların aileyi işlemden sonra bilgilendirme davranışı gösterdikleri gözlemlendi ( $p < 0.05$ ) (Tablo II). Ankete katılanların 126 (%69)'sı yenidoğan bir bebeğin resüsitasyonuna başlanmasında ailenin kararının önemli olmadığını düşündüklerini belirtti. Bu soru ile görev yeri, uzmanlık alanı, cinsiyet, çocuk sahibi olma ve NRP kursu katılımı arasında ilişki olmadığı gözlemlendi ( $p > 0.05$ ).

**Tablo I.** Çalışma grubunun özellikleri

Yaş (yıl)*	31±5.1	
Uzmanlık alanları**	Pratisyen	60(%32.8)
	Çocuk Sağlığı ve Hast. Uzm.	75(%41)
	Anestezi	8(%4.4)
	Kadın Hast. ve Doğum Uzm.	16(%8.7)
	Ebe/hemşire	24(%13.1)
Çalışılan Birim**	Üniversite hastanesi	32(%17.8)
	Kadın Doğum hastanesi	53(%29)
	Çocuk hastanesi	50(%27.3)
	Sağlık ocağı	48(%26.2)
Cinsiyet**	Erkek	64(%35)
	Kadın	119(%65)
Çocuk**	Var	50(% 27.3)
	Yok	133(%72.7)
NRP sertifikası**	Var	45(% 24.6)
	Yok	138(% 75.4)

\*Ortalama±SD \*\* Parantez içinde yüzde değerleri verilmektedir

**Tablo II.** Sağlık alışanlarının resüsitasyon gerektirebilecek bebeğin durumu ile ilgili olarak aile ile ne zaman konuşulması gerektiği konusundaki düşünce ve pratik uygulamaları

	Düşünceleri			Pratik uygulamaları		
	Doğumdan önce n (%)	Doğumdan sonra n (%)	p	Doğumdan önce n (%)	Doğumdan sonra n (%)	p
<b>Uzmanlık alanları</b>						
Pratisyen (n:60)	50(83.3)	10(16.7)		45(75)	15(25)	
Çocuk sağlığı ve hastalıkları (n:75)	65(86.6)	10(13.4)		14(18.7)	61(81.3)	
Anestezi (n:8)	7(87.5)	1(12.5)	>0.05	3(37.5)	5(62.5)	<0.05
Kadın hastalıkları ve doğum (n:16)	14(87.5)	2(12.5)		11(68.7)	5(31.3)	
Ebe/hemşire (n:24)	24(100)	-		3(12.5)	21(87.5)	
<b>alışılan birim</b>						
Üniversite hastanesi (n:32)	28(87.5)	4(12.5)		12(37.5)	20(62.5)	
Kadın Doğum hastanesi (n:53)	43(81.1)	10(18.9)	>0.05	17(32.1)	36(67.9)	>0.05
Çocuk hastanesi (n:50)	48(96)	2(4)		10(20)	40(80)	
Sağlık ocağı (n:48)	40(83.3)	8(16.7)		32(66.7)	16(33.3)	
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek (n:64)	52(81.3)	12(18.7)	>0.05	29(45.3)	35(54.7)	<0.05
Kadın (n:119)	107(89.9)	12(10.1)		30(25.2)	89(74.8)	
<b>Çocuk</b>						
Var (n:50)	40(80)	10(20)	>0.05	14(28)	36(72)	<0.05
Yok (n:133)	118(88.7)	15(11.3)		46(34.6)	87(65.4)	
<b>NRP sertifikası</b>						
Evet (n:45)	37(82.2)	8(17.8)	>0.05	10(22.3)	35(77.7)	>0.05
Hayır (n:138)	12(89.1)	15(10.9)		48(34.8)	90(65.2)	

**Tablo III.** Sağlık alışanlarının bebeğin resüsitasyonunu sonlandırmak için son kararın kime ait olduğu konusunda düşünce ve pratik uygulamaları

	Düşünceleri			Pratik uygulamaları		
	Sadece doktor n (%)	Ortak karar n (%)	p	Sadece doktor n (%)	Ortak karar n (%)	p
<b>Uzmanlık alanları</b>						
Pratisyen (n:60)	41(68.3)	19(31.7)		53(88.4)	7(11.6)	
Çocuk sağlığı ve hastalıkları (n:75)	38(50.7)	37(49.3)	>0.05	68(90.6)	7(9.4)	>0.05
Anestezi (n:8)	7(87.5)	1(12.5)		8(100)	-	
Kadın hastalıkları ve doğum (n:16)	13(81.2)	3(18.8)		12(75)	4(25)	
Ebe/hemşire (n:24)	10(41.7)	14(58.3)		16(66.6)	8(33.4)	
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek (n:64)	43(67.1)	21(32.9)	>0.05	52(81.2)	12(18.8)	>0.05
Kadın (n:119)	66(55.5)	53(44.5)		102(85.7)	17(14.3)	
<b>Çocuk</b>						
Var (n:50)	33(66)	17(34)	>0.05	42(84)	8(16)	>0.05
Yok (n:133)	76(57.1)	57(42.9)		111(83.5)	22(16.5)	
<b>NRP sertifikası</b>						
Var (n:45)	31(68.8)	14(31.2)	>0.05	43(95.5)	2(4.5)	>0.05
Yok (n:138)	77(55.8)	61(44.2)		111(80.4)	27(19.6)	

Bebeğin resüsitasyonunu sonlandırmak konusunda son kararın kime ait olması gerektiği sorusuna, ankete katılanların 109 (%59.6)'u sadece doktorun karar vermesi gerektiğini düşündüklerini belirtirken,

157 (%85.8)'si daha önce benzer durumda kararın sadece kendilerine ait olduğunu belirtti. Bu soru ile ilgili pratik uygulamalarını gösteren yanıtlar ile görev yeri, uzmanlık alanı, cinsiyet, çocuk sahibi olma ve Neonatal Resüsitasyon Programı

(NRP) kursu katılımı arasında ilişki olmadığı gözlemlendi ( $p>0.05$ ) (Tablo III).

Yenidoğana yaşam desteği verilmesi kararına ailenin katılabilmesi için en önemli faktörler sorgulandığında anne babanın bu konuda bilinçli ve işbirliğine hazır olması %61.2 (n:112), önceden çocuk sahibi olmaması %13.1 (n:24), eğitim düzeyleri %10.9 (n:20), sosyoekonomik düzeyi %3.3 (n:6), emosyonel durumları %2.2 (n:4) ve çok genç olmaları %0.5 (n:1) olarak sıralandı.

Resüsitasyon uygulanması sırasında çabayı azaltan faktörlerin neler olduğu sorusuna en sık verilen yanıtlar bebeğin sekelli olma olasılığı %43.7 (n:80) ve dismorfik olması %38.3 (n:70) olarak belirlendi. Bebeğin resüsite edilmeme gerekeği için önemli olan faktörler ile çocuk sahibi olma durumu arasında ilişki bulundu ( $p= 0.01$ ). Çocuk sahibi olmayanlar sadece bebeğin yaşamını ağır sekelli olarak sürdürme olasılığının önemli olduğu seçeneğini tercih ederken %93.2 (n:124), çocuk sahibi olanlar sekelli olma olasılığı %84 (n:42) ile birlikte ekonomik düzeyinin yoğun bakım tedavi maliyetini kaldıramayacağı %68 (n:34) seçeneğinin de önemli olduğu görüşünü bildirdiler.

Başlanmış olan resüsitasyon işlemini sonlandırmak için tıbbi kriterin ne olduğu sorusuna ankete katılanların verdiği en sık yanıt %31.7 (n:58)'lik sonla kalp tepe atımı ve solunumun 30 dakika süre ile uygulanan resüsitasyona rağmen dönmemesi ve pupillaların dilate olması idi. Bildirilen en kısa resüsitasyon süresi 10 saniye (n=1, % 0.5), en uzun süre ise 120 dakika idi (n=1, %0.5). Resüsitasyon işlemini sonlandırmak için tıbbi kriterin ne olduğu sorusuna ankete katılanların 38 (%20.8)'inin hiç yanıt vermediği, yanıt verilmemesi ile uzmanlık alanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0.001$ ), pratisyen hekimlerin 24 (%40)'ünün bu soruyu yanıtızsız bırakmayı tercih ettiği görüldü.

Resüsitasyon uygulanmaması için gebelik haftası veya doğum kilosu için alt sınırların neler olduğu sorusuna 24 hafta ve 500 gram olarak yanıt verenlerin oranlarının sırasıyla %29 (n:53) ve %31 (n:57) olduğu saptandı. Ankete katılanların 44 (%24)'ünün bu soruya hiç yanıt vermediği, yanıt verilmemesi ile meslek grubu ve NRP kursu katılımı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görüldü (sırasıyla  $p=0.007$ ,  $p=0.004$ ). Pratisyen hekimlerin ve NRP kursuna katılmayanların açık uçlu soruları daha fazla yanıtızsız bıraktıkları görüldü.

## TARTIŞMA

Yenidoğanların çoğu intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçişte sorun yaşamaz iken bazı yenidoğanlar doğum sonrasında kısa veya uzun süreli solunum desteğine gereksinim duyarlar.

Bu oran tüm yenidoğanların küçük bir grubunu oluşturmalarına rağmen yenidoğandaki etik tartışmaların önemli bir kısmı, bu bebeklere yaşam destek tedavisinin başlatılması veya yoğun bakım tedavisinin kesilmesine ilişkin uygulamalarla ilgilidir. Bu dönemdeki etik sorunların diğer yaş gruplarına göre önemli bir farkı da hastanın kendisi ile ilgili kararda söz sahibi olamamasıdır. Bebek karar verme ve bunu belirtme yeteneğine sahip olamadığı için, yasal olarak bu kararı anne-baba onun yerine verecektir. Ancak sahip oldukları bebeklerinin yaşamını doğrudan etkileyebilecek bu kararda neonatal resüsitasyonla uğraşan sağlık çalışanlarının yaklaşımları asıl belirleyici olacaktır.

Sağlık çalışanlarının neonatal resüsitasyon konusunda düşünce ve uygulamalarını araştıran çalışmamızda resüsitasyon gerektirebilecek bebeğin durumu ile ilgili olarak aile ile ne zaman konuşulması gerektiği sorulduğunda ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun doğumdan önce konuşmak konusunda ortak görüşe sahip olduğu, ancak bu cevabı verenlerin pratikte daha farklı davrandığı ve bu düşünceyi taşıyanların yaklaşık yarısının bebeğe uygulanacak girişim yapıldıktan sonra aile ile konuştuğu anlaşılmıştır. Ankete katılan sağlık çalışanlarının aileler ile konuşmayı düşünce olarak doğru bulmalarına rağmen pratikte uygulamadıkları veya uygulayamadıkları görülmektedir. Doğum öncesi bebeğin resüsitasyon gereksiniminin öngörülebilmesi veya gebenin başvurusu sırasında acil yaklaşım gerektirmesi nedeniyle konuşma fırsatının olamaması bu duruma neden olabileceği gibi ailelerin karara katılımının yeterince önemsenmemesi de olabilir.

Ankete katılanların %69'u yenidoğan bir bebeğin resüsitasyonuna başlanmasında aile kararının önemli olmadığını düşündükleri, uygulamalarının sorgulanmasında ise daha yüksek bir oranda kendi kararlarını tercih ettikleri görülmektedir. Resüsitasyonu sonlandırmak konusunda son karar kime ait olmalı sorusuna da yukarıdaki düşünceye paralel şekilde, %59.6'sı sadece doktorun kararının önemli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Ülkemizden bildirilen bir çalışmada bebeklerin klinik durumunun ani olarak kötüleşmesi durumunda hemen resüsite edilmesinin tıbbi bir sorumluluk olduğu, ancak tedavi yarar sağlamayacaksa bebeğin hayatı ile ilgili kararın anne babalar ile tartışılarak alınması ve bunun da yoğun bakım ünitesindeki çalışanlara bildirilmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır<sup>4</sup>. Resüsitasyonun durdurulması kararında amaç, yararsız tedavi girişimlerini dayatmaktan vazgeçme ve bebeğin çektiği acıyı hafifletmektir. Ayrıca doktor ve hemşirelerin umutsuz bebekleri zorla yaşatmayı reddetme haklarının olduğu savunulmakta ve bu girişimin

ötenazi anlamına gelmeyeceği bildirilmektedir<sup>5</sup>. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının üçte ikisinin aileyi bu karara ortak etmeyi düşünmediği, ortak karar olmalı diye düşünenlerin de bu düşünceyi uygulamalarına aynı oranda yansıtmadıkları anlaşılmaktadır. Bu nedenle, ankete katılan sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün resüsitasyon ile ilgili kararlarda kendilerini tek yetkili olarak gördükleri düşünülebilir. Günümüzde terkedilen ve hasta ile ilişkide doktorun kendisini merkezde gördüğü paternalistik yaklaşımın halen egemen olduğu görülmektedir. Yenidoğana yaşam desteği kararının öncelikle doktorun sorumluluğunda olduğu görüşü uygun olmakla birlikte, ailenin yeterli bilgilenmesi sağlandıktan sonra medikal ekip ve ailenin birlikte sorumluluk alması ve karar vermesinin daha uygun olacağı öne sürülmektedir<sup>1,6</sup>.

Bebeğe yaşam destek tedavisi başlanmasında düşünce ve uygulamaların meslek alanına göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yarısının aktif tedaviden yana olduğu bir çalışmada hemşirelerde bu oranın beşte bire düştüğü bildirilmektedir<sup>7</sup>. Bizim çalışmamızda ise meslek alanına göre tek farklılık resüsitasyon gerektirebilecek bebeğin durumu ile ilgili olarak aile ile konuşma zamanı konusundaki uygulamaları sorulduğunda ortaya çıkmıştır. Ebe/hemşire ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının konuşmalarını işlem sonrasında yapma oranları diğer meslek gruplarından daha yüksektir.

Resüsitasyon sonrası sürdürülecek yaşam destek tedavisi aile için zor ve sıkıntılı bir sürecin başlamasıdır. İlk bakışta ailenin kendi çocuklarına tedavi başlatılıp başlatılması konusunda son kararı vermeleri mantıklı görünmekteyse de emosyonel ve fiziksel olarak stres altındayken akılcı karar verip veremeyeceği, kararlarının sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenebileceği, yanısıra anne babanın genç, deneyimsiz veya eğitimsiz olunca bilgileri özümseme konusunda da sorun yaşanabileceği bildirilmektedir<sup>1</sup>. Çalışmamızda yenidoğana yaşam desteği verilmesi kararına ailenin katılabilmesi için en önemli faktörler sorgulandığında, ailenin bu konuda bilinçli ve işbirliğine hazır olması, önceden çocuk sahibi olmaması, eğitim düzeyi ilk sıraları alırken, ailenin sosyoekonomik düzeyi anne babanın emosyonel durumları ve çok genç olmalarının daha az önemsendiği görülmektedir. Bu sonuçlar sağlık çalışanlarının ailenin karara katılımı için yüksek oranda eğitilmiş ve işbirliği yapılabilecek bilinç düzeyinde olmasını önemsendiğini göstermektedir. Ailelerin kendi çocuklarının yaşam kararında etkili olabilmesi daha çok önemsenmeli, eğitim veya bilinç düzeyinden bağımsız olarak bilgilendirilmeleri ve karara ortak olmaları sağlanmaya çalışılmalıdır.

Çalışmamızda resüsitasyon çabasını en çok azaltan faktörler arasında bebeğin sekelli olma olasılığı ve dismorfik olması en çok tercih edilen iki seçeneği oluşturmaktadır. Benzer şekilde önceki çalışmalarda da konjenital anomalilerin tedaviyi sonlandırmak için en sık gerekçe olduğu belirtilirken doktorların tedavi kararında yaşam kalitesini de dikkate almaları gerektiği savunulmuştur<sup>7-10</sup>. Örneğin Amerikan Pediatri Akademisi anensefali, kesinleşmiş trizomi 13 veya 18 gibi kromozom anomalileri varlığında resüsitasyon yapılmamasını önermektedir, ancak yaşam süresinin ve kalitesinin öngörülmesindeki zorluklar bu kararı etkileyen en önemli faktörlerdir.

Bebeğin resüsite edilmeme gerekçesinde rol oynayan faktörler ile çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk sahibi olup olmadığı fark etmeksizin anne babaların önemli bir kısmı (%95-97.5) bebeğin yaşamını ağır sekelli olarak sürdürme olasılığının önemli olduğu seçeneğini tercih ederken, sadece çocuk sahibi olanlarda sekelli olma olasılığı yanında ekonomik düzeyin de önemli olduğu görüşü dikkati çekmektedir. Çocuk sahibi olma ile ekonomik kaygıların da eklendiği ve bebeğin yaşam kalitesi yanında aileye yükleyeceği tedavi maliyetinin de önemsendiği görülmektedir. Benzer şekilde Lee'nin<sup>5</sup> çalışmasında da bir yenidoğanı tedavi etmemek için etik gerekçe olarak ciddi sekel gelişme olasılığı öne sürülürken, ailenin sosyoekonomik düzeyinin de göz önüne alınması gerektiğini bildirmiştir.

Resüsitasyon uygulamak için gebelik haftası ve doğum ağırlığı açısından belirlenmiş sınırlar ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte, Amerikan Pediatri Akademisi gebelik yaşının 23 hafta veya doğum ağırlığının 400 gramın altında olması sınırlarında resüsitasyon yapılmamasını önermektedir<sup>11</sup>. Çalışmamızda, resüsitasyon uygulamak için gebelik haftası ve doğum ağırlığı açısından belirlenmiş sınırların neler olduğu ve resüsitasyon işlemini sonlandırmak için tıbbi kriterin ne olduğu sorularına sırasıyla, ankete katılanların % 24 ve % 20.8'inin hiçbir yanıt vermediği, ancak 1/3'ünün Amerikan Pediatri Akademisince önerilen sınırlara yaklaşabildiği görülmektedir. Yanıt verilmemesi ile meslek ve NRP kursu katılımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, pratisyen hekimlerin ve NRP kursuna katılmayanların açık uçlu soruları daha fazla yanıtız bıraktıkları görülmektedir. Neonatal resüsitasyon programına (NRP) katılmayanların ve pratisyen hekimlerin bu soruyu daha fazla yanıtız bırakmaları, NRP katılımı olanların konuyla ilgili bilgilerinin daha net olduğunu, pratisyen hekimlerin de bu eğitimi almaları gerektiğini göstermektedir. Resüsitasyon uygulanması için doğum haftası ve doğum ağırlığı alt sınırları sorularına verilen

cevaplar arasında merkeze göre değiştiği (%4), herhangi bir sınır olmadığı (%2), veya canlı doğan her bebeğe yapılması gerektiği (%6) gibi yanıtlar da alınmıştır NRP kursuna katılmış olmanın düşünce ve pratik uygulamaları çok fazla etkilemediği, sadece yaşayabilirlik sınırları ve resüsitasyon süresi gibi teorik bilgilenmelere daha fazla katkıda bulunduğu görülmektedir.

Neonatal resüsitasyon konusunda sağlık çalışanlarının düşünce ve pratik uygulamalarını yansıtan bu çalışma, yenidoğan bebeklere yaşam desteği

başlanması veya sürdürülmesinde sağlık çalışanlarının tutum ve pratiklerinin meslek grupları, cinsiyet, ocuk sahibi olma ve NRP kursuna katılım gibi faktörlerden fazlaca etkilenmediğini gösterdi. Bebeğe yaşam desteği sağlanması konusunda ailenin karara katılması konusunda çok istekli olunmadığı, bebeğin sekelli olma olasılığı ve dismorfik olmasının resüsitasyon çabasında caydırıcı faktörler olduğu saptandı. Ayrıca, NRP kursuna katılmanın teorik bilgilenmeyi sağladığı ancak tutum ve davranışları etkilemediği düşünüldü.

## REFERANSLAR

1. Van Reempts PJ, Van Acker KJ. Ethical aspects of cardiopulmonary resuscitation in premature neonates: where do we stand ? Resuscitation 2001;51: 225-32.
2. Tyson JE, Stoll BJ. Evidence-based ethics and the care and outcome of extremely premature infants. Clin Perinatol 2003;30: 363-87.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics: Guidelines on foregoing life-sustaining medical treatment. Pediatrics 1994; 93: 532-6.
4. Satar M. Yenidoğan Pratiğinde Etik Sorunlar. IX. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kitabı 25-28 Ekim, 1998 Mersin S. 87-90.
5. De Leeuw R, Cuttini M, Nadai M, Berbik I, Hansen G, Kucinskas A, et al. EURONIC study group. Treatment choices for extremely preterm infants: An international perspective. J Pediatr 2000;137: 608-16.
6. Zupancic JA, Kirpalani H, Barrett J, Stewart S, Gafni A, Streiner D, et al. Characterising doctor-parent communication in counselling for impending preterm delivery. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002;87: F113-7.
7. Lee SK, Penner PL, Cox M. Impact of very low birth weight infants on the family and its relationship to parental attitudes. Pediatrics 1991;88: 105-9.
8. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbik I, de Vonderweid U, Hansen G, et al; EURONIC Study Group (European Project on Parents' Information and Ethical Decision Making in Neonatal Intensive Care Units). Neonatal end-of-life decision making: Physicians' attitudes and relationship

with self-reported practices in 10 European countries. JAMA. 2000 15;284: 2451-9.

9. Kollee LA, van der Heide A, de Leeuw R, van der Maas PJ, van der Wal G. End-of-Life Decisions in Neonates. Semin Perinatol 1999;23: 234-41.

10. da Costa DE, Ghazal H, Al Khusaiby S. Do not resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002; 86: F115-F9.

11. Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P, Nadkarni V, Phillips B, Zideman D, et al. International Guidelines for Neonatal Resuscitation: An excerpt from the Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. Contributors and Reviewers for the Neonatal Resuscitation Guidelines. Pediatrics 2000;106: E29.

---

### Yazışma adresi:

Dr. Didem ALİEFENDİOĞLU  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırıkkale  
e-mail: didem.aliefendioğlu@gmail.com  
Yayına kabul tarihi: 15.02.2008