



Yoğun Bakımda Yaşlı Hasta

Zekeriya ÜLGER*, Mustafa CANKURTARAN**

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi, ANKARA

Elderly Patient in the Intensive Care Unit

Key Words: *Elderly, Intensive care unit, Hospice, Mortality.*

Anahtar Kelimeler: *Yaşlı, Yoğun bakım ünitesi, Hospis, Mortalite.*

Geriatrik yaş grubundaki hastaların yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'nde takipleri sırasında karşılaşılan sorunlar halen sağlık politikalarının başta gelen tartışmalı konularından birisidir. Ciddi hastalığı olan yaşlı hastaların, hastane yatışlarında prognozlarının iyi olmadığını gösteren birçok yayın vardır^[1,2]. Ancak bu yayınlardan hiçbiri yaşlılardaki bu kötü prognozun yaşlılara uygulanan tedavinin gençlerden farklı olduğu için oluştuğu iddiasını kanıtlayamamıştır^[3].

YBÜ'ler genel olarak dahiliye ve cerrahi olarak temel iki gruba ayrılrsa da, hastanelere göre değişiklikler olmak kaydıyla iç hastalıkları, pediatri, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon, nöroloji, kardiyoloji, genel cerrahi, beyin cerrahisi, kalp damar cerrahisi gibi birçok bölümün kendilerine ait YBÜ'leri olabilmektedir. Her bir bölümün YBÜ'lerinde

yatan hasta profilleri birbirlerinden tamamen farklı olsa da genel olarak erişkin YBÜ'lerde yatan hastaların önemli bir kısmını ileri yaşta ki hastalar oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) yayınlarında yoğun bakım hastalarının yaklaşık %60'ının 65 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir^[4]. Topeli ve arkadaşlarının verilerine göre Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları YBÜ'sünde ise bu oran %46 olarak bulunmuştur^[5].

Tüm dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. İngiltere'de 1950 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm popülasyona oranı %10.7 iken, 2000 yılında bu oran %15.3'e yükselmiştir. Ülkemizde ise 1950 yılında %3.3 olan yaşlı oranı, 2000 yılında %5.3 olmuştur^[6]. Ancak yaşlıların yoğun bakım ihtiyaçlarının artmasını sadece nüfusun yaşlı oranının artması ile açıklamak

Yazışma Adresi: *Uzm. Dr. Mustafa CANKURTARAN*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi, ANKARA
e-mail: mcankurt@hacettepe.edu.tr*

Makalenin Geliş Tarihi: 20.04.2005

Makalenin Kabul Tarihi: 27.04.2005

mümkün değildir. İsveç'te yapılan bir çalışmada 1980 yılında YBÜ'deki 70 yaş üzerindeki hastaların oranı %19 iken, 1995 yılında bu oran %28'e yükselmiştir^[7]. En sık yoğun bakımda yatış nedenlerinden biri olan akut solunum yetmezliğinde yaş ilerledikçe progresif bir artış dikkati çekmektedir. Kırkbeş-ellibeş yaş arasında insidans 1/1000 iken, bu oran 65-75 yaş arasında 5/1000'e, 85 yaş üzerinde 9/1000'e ulaşmaktadır^[8].

Yoğun bakımda yaşlı hastaların sayısal fazlalıklarının yanında YBÜ'deki seyirleri de farklı olabilmektedir. Yetmişbeş yaş üzeri hastaların 65 yaş altı gruba göre yoğun bakımda kalış sürelerinin yedi kat daha uzun olduğu saptanmıştır^[4]. YBÜ'de izlem sırasında mekanik ventilatöre ihtiyaç 85 yaş ve üzeri hastalarda, 55 yaş altı hastalara göre 10 kat daha fazla olmuştur. Hastanede hayatını kaybeden 85 yaş üzeri hastaların %30'unun yoğun bakımda eksitus olduğu saptanmıştır^[8].

Yaşlıların yoğun bakım yatışları ile ilgili daha gençlere göre temel birkaç noktada ayrımlarının yapıp bazı soruların cevaplanması gerekmektedir. Örneğin; "İleri yaşlarda yoğun bakımda yatış endikasyonları değişiyor mu? Yaşlıda YBÜ'de takip gerektiren hastalıklar neler? Yaşlıların yoğun bakımdaki mortalitesi ve maliyeti gençlerden farklı mı? Yoğun bakımdan çıkarılan yaşlıların sonrasında prognozları nasıl oluyor? Tıbbi olarak terminal dönemde olan yaşlı hastaya yaklaşım ne kadar invaziv olmalı? Bu hastalar için hospis (palyatif bakım servisleri) bir alternatif olabilir mi?"

YOĞUN BAKIM İZLEMİNDE EVRELER

Geriatrik hasta takibinde temel olarak akut, subakut ve kronik bakımdan söz etmek mümkündür. Yoğun bakım tedavisinin de dahil olduğu hastane dönemi akut bakım olarak değerlendirilirken, bazı yaşlılar çoğunlukla hayatlarının sonuna kadar sürecek kronik bir bakım ve tedavi sürecine ihtiyaç duyar. Dolayısıyla subakut bakım olarak da adlandırabileceğimiz, YBÜ'de tedavisi tamamlanan hastaların, evde veya bakım evlerinde takip edilmeleleri için gerekli hazırlıkların yapılacağı bir "ara bakım" servislerinin eksikliği hissedilmektedir.

Genel olarak yoğun bakımda hastaların izleminde dört basamaktan söz etmek mümkündür; transfer, hayat kurtarıcı tedavi, holistik bakım ve palyatif bakım^[9].

Transfer

Hastanın yoğun bakıma alınış açısından değerlendirilmesi ve yoğun bakıma alındıktan sonra planlamanın yapıldığı dönemdir. Yoğun bakıma alınması gündemde olan hasta ilk olarak yoğun bakıma alınış endikasyonları yönünden değerlendirilir. Hasta ve hasta yakınlarının görüş ve beklentileri alınır. Eğer yoğun bakım endikasyonu var ve hasta ve hasta yakınlarının beklentileri de bu doğrultuda ise hasta YBÜ'ye kabul edilir. Derhal YBÜ'de o hasta için amaçlar belirlenir ve bununla ilişkili olarak bir "check-list" oluşturulur. Her aşamada hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve gerekirse psikolojik destek verilmesi çok önemlidir.

Hayat Kurtarıcı Tedavi

YBÜ'nün asıl tedavinin uygulandığı dönemdir. Hastadaki semptom ve tanılarının belirlenmesi ve bunlara yönelik uygun tedavinin yapılması esastır. Bunun için agresif tetkikler ve invaziv girişimler yapılır.

Holistik Bakım

YBÜ'de gerekli tedavisi devam etmekte olan hasta için uzun vadeli planların yapılacağı dönemdir. Hastada prognoz belirlenmesi ve bu bağlamda ailenin ve hastanın beklentilerinin alınması gerekmektedir. Bunların doğrultusunda hasta YBÜ'den direkt olarak taburcu edilebileceği gibi, tedavisine devam edilmek üzere hastanenin diğer servislerine devredilebilir. Bazı hastalar da evde rehabilitasyon ve tedavileri devam edilmek üzere taburcu edilebilir. Gerekli değerlendirmeler sonucunda hastanın YBÜ'den çıkarılmasının henüz uygun olmayacağı da düşünülebilir. Eğer bu hastalarda prognoz kötü olacağı düşünülüyor ve beklenti de düşük ise palyatif bakıma geçilir.

Palyatif Bakım

Artık bu evrede ölüm kaçınılmazdır. Ancak hasta ve hasta yakınlarına maksimum konforun sağlanması ve hasta yakınlarının hazırlanması olmalıdır. İnvaziv tetkikler ve pahalı tedavi yöntemleri yavaş yavaş terk edilmelidir. Yoğun bakım uzmanları aynı zamanda ölümü takip etme ve yönlendirme konusunda da uzman olmalıdır^[10]. Palyatif bakım evresine geçilen, ancak YBÜ'de yatışı uzayan hastalarda tedavilerinin devamı için hospislere devredilmeleri gündeme gelebilir.

Hospis

Yoğun bakımların amacı hastaları sağlığına kavuşturmak ve acılarını azaltmaktır. Buna bağlı olarak yoğun bakımda iyileşme için çok küçük bir umut dahi olsa tüm imkanların kullanılması esastır (invaziv ve agresif bakım). Dolayısıyla YBÜ'lerin amacı hiçbir zaman palyasyon ya da ölüme aracılık etmek değildir. Eğer hastanın tıbben kurtarılabilme ihtimali yoksa bu hastaların yoğun bakımda izlenilmesi tartışılır. Bu tür hastalarda yoğun bakımın alternatifi, ülkemizde kullanımı henüz tam olarak yerleşmeyen "hospis"lerdir. Hospisler uzun dönem prognozu iyi olmayan ve bakım ihtiyacı olan hastaların takip edildiği temel amacın palyasyon olduğu servislerdir. Çoğunlukla bir hemşire veya sosyal hizmet uzmanının başkanlık ettiği bir ekip tarafından hastaların bakımları sürdürülür. Doktor bu ekibin patronu değil, sadece bir üyesidir.

YAŞLIDA YOĞUN BAKIM ENDİKASYONLARI

Genel olarak bir hastanın tedavisine yoğun bakım koşullarında devam edilmesi için hastalığının şiddeti, beklenen prognozu, tahmini maliyet, YBÜ'de olası kalış süresi, hasta ve hasta yakınlarının görüş ve beklentileri göz önüne alınarak karar verilmesi gerekmektedir. Ancak tüm bu sayılan parametrelerin yanına hastanın yaşının da dahil edilip edilemeyeceği tartışma konusudur. Günümüzde kabul gören görüşe göre ileri yaş kendi başına YBÜ'ye kabul için bir kontrendikasyon değildir. Çoğunlukla yaşlılar progresif, önlenemez ve ölüme sonuçlanma riski yüksek hastalıklarla başvurular da, YBÜ'ye alınmalarını kısıtlayacak herhangi bir rasyonel yoktur. Eğer tıbbi olarak ihtiyaç mevcutsa yaşlıların yoğun bakıma alınış endikasyonlarının gençler ile aynı olması gerekmektedir^[11]. Buna rağmen yapılan çalışmalar uygulamanın farklı olduğunu göstermektedir. İleri yaşlarda yoğun bakım ihtiyacı olacak hastaların daha fazla olacağı gerçeğine rağmen, bir çalışmada 65-74 yaş grubunda hastaneye yatan hastaların %29.7'sinin, 75-84 yaş grubundaki hastaların %27.9'unun YBÜ'ye alındığı saptanırken, bu oranın 85 yaş ve üzerinde %21.1'e düşmüş olduğu gözlenmiştir^[12]. Diğer bir çalışmada da doktorlara hipotetik senaryolar ile hastalar sunulmuş, bu hastaları yoğun bakıma alıp almayacakları sorulmuş ve

yaş yoğun bakıma alışı kararında etkili bir faktör olarak bulunmuştur^[13]. Bu çalışmaların da gösterdiği gibi medikal yönden ihtiyaç olsa da, ileri yaşın yoğun bakıma alınışı kısıtlayan bir faktör olarak kabul gördüğü gerçeği ortadadır.

YBÜ'ye yaşlı hastaların kabulünde göz önünde bulundurulması gereken temel noktalardan birisi de hasta ve hasta yakınlarının görüş ve beklentilerine saygılı olunması ve ona göre hareket edilmesidir. Hasta ve hasta yakınlarının istekleri bu doğrultuda ise bazı hastalarda amaç yalnızca "huzurlu ve yüksek kaliteli" bir ölüm sağlamak olabilir. Bu, hastayı gerekirse YBÜ'ye almayarak, alınrsa da YBÜ'de kalış süresini sınırlayarak veya yapılacak invaziv girişimleri sınırlayarak yapılabilir. Diğer taraftan eğer hasta veya hasta yakınları, yaşlının tüm desteği alması konusunda hem fikir ve doktor yaşlının tıbbi durumunun geri dönüşümlü olduğunu düşünüyorsa yoğun bakım endikasyonu genç bir hasta ile aynıdır^[14]. "Peki seçme hakkı tamamen hasta yakınlarına verilecek olursa kararları nasıl olur?" Bu soruya cevap bulabilmek için, yoğun bakımda tedavi görmekte olan hasta yakınlarına sonucu ne olursa olsun, hastanın yaşamını bir ay daha uzatmak için hastanın yoğun bakımda kalmasını ister misiniz sorusu sorulmuş ve bu soruya %70 evet cevabı verildiği gözlenmiştir. Ayrıca, evet diyenlerin %82'sinin, hastanın genel durumundan bağımsız olarak yoğun bakımı tercih ettikleri saptanmıştır^[15]. Dolayısıyla en gerçekçi ve rasyonel yaklaşım, hasta ve hasta yakınlarının fikirlerine saygılı olmak kaydıyla, hekimin hastanın tıbbi durumunu da göz önüne alarak vereceği karar olmalıdır.

Yaşlılarda yoğun bakım endikasyonları için söylenecek son söz; "zarar verme, yarar sağla, hasta ve hasta yakınlarının isteklerini göz önünde bulundur ve saygı duy, kaynakları dengeli kullan ve sosyal adalet kavramlarını göz ardı etme" temel kurallarına göre karar verilmesi olacaktır.

TANILAR

Her bölümün YBÜ'de takip edilen yaşlı hastaların tanıları birbirinden farklı olacaktır. Cerrahi yoğun bakımlarda ilk sırayı postoperatif izlem gerektiren majör cerrahiler alırken, dahili YBÜ'de akut solunum yetmezliği ve sepsis önde gelen tanılardır.

Hastaneye yatırılan yaşlı hastalarda yoğun bakımda takip gerektirme ihtimali en yüksek olan dahili problemler kardiyak nedenler olurken (miyokard infarktüsü, anjina pektoris, aritmi, kalp iletim defektleri, konjestif kalp yetmezliği), cerrahi nedenlerden de yine kardiyak cerrahiler ve girişimler gelmektedir. Genel olarak hastaneye yatan 65 yaş ve üzeri hastaların %27'si YBÜ'de takibe ihtiyaç duymaktadır (Tablo 1)^[12].

MALİYET

İleri yaştaki hastaların yoğun bakımda izlenmeleri sırasında önemli bir nokta da maliyettir. 1995 yılında ABD'de toplam yoğun bakım harcamaları yaklaşık 70 milyon dolar olarak hesaplanmıştır. Toplam nüfusa oranı %10'un altında olan 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam sağlık harcamalarının %28'ini almıştır ve tüm

Tablo 1. Yaşlı hastaların yoğun bakıma yatışı gerektiren başlıca sorunları ve bu tanıyla hastaneye yatırılan yaşlı hastaların yoğun bakıma alınma yüzdeleri^[12].

Tanı	YBÜ yatış oranı
Dahili problemler	
Miyokard infarktüsü	%80.4
Anjina pektoris	%55.6
Aritmi, kalp iletim defekti	%51.4
Konjestif kalp yetmezliği	%38.8
Gastrointestinal sistem kanaması	%28.2
İnme	%25.7
Sepsis	%19.7
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	%16
Pnömoni	%14.9
Gastrointestinal sistem hastalıkları	%11.7
Beslenme ve metabolik bozukluklar	%11.4
Üriner sistem infeksiyonları	%06.3
Diğer	%22
Cerrahi problemler	
Koroner "by-pass"	%98.3
Perikütanöz kardiyovasküler girişim	%71.7
Majör kolon ve bağırsak cerrahisi	%50.6
Periferik vasküler cerrahiler	%48
Kalça ve femur kırığı operasyonları	%14.6
Total kalça protezi	%11.7
Genel	%27

bu harcamaların %77'si hayatın son bir yılında, %52'si son iki ayında, %40'ı son ayı içerisinde yapılmıştır. Özellikle hayatın son dönemlerinde YBÜ'de bulunma oranlarının yüksek olması nedeniyle, yaşlı hastaların YBÜ'deki bakım maliyetinin ne kadar fazla olduğunu söylemek zor olmayacaktır^[16]. Bir çalışmada yoğun bakımda izlenmekte olan akut akciğer yetmezliği tanılı 1005 hasta incelenmiş, hastalar 65 yaş altı, 65-75 yaş arası, 75 yaş ve üzeri olarak gruplara ayrılmış ve hastaların beklenen iki aylık yaşam ihtimalleri hesaplanmıştır. Yaşam beklentisi %50 ve üzerinde olan hastalarda ortalama YBÜ maliyeti; 65 yaş altı, 65-75 yaş arası ve 75 yaş ve üzeri hastalarda sırasıyla 32.000, 44.000 ve 46.000 dolar olarak hesaplanırken; yaşam beklentisi %50'den daha düşük olan hastalarda maliyet, yine sırasıyla 130.000, 100.000 ve 96.000 dolar olarak hesaplanmıştır. Buna göre yüksek yaşam beklentisi olan hastalarda yaş ilerledikçe maliyet yükselse de mekanik ventilasyonun, "cost-effective" olduğu, ancak düşük beklentili hastalarda maliyetin çok arttığı ve yaştan bağımsız olarak "cost-effective" olmadığı yorumu yapılmıştır^[17].

Unutulmaması gereken bir nokta da tüm maliyet çalışmalarının yüksek gelir düzeyi olan gelişmiş ülkelerde yapıldığıdır. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerin kendi maliyet analizlerini yapıp, sağlık politikalarını buna göre düzenlemeleri gerekmektedir.

YOĞUN BAKIMDA YAŞ ve MORTALİTE İLİŞKİSİ

YBÜ'de yatan hastalarda -cinsiyet, ırk, bazal fonksiyonel durum, hastalık şiddeti, tedavi agresifliği, sosyoekonomik durumları gibi parametrelerde ayarlanma yapıldıktan sonra mortalitede 18-70 yaş arasında her yaşta ortalama %1; 70 yaş üzerinde ise her yaşta ortalama %2 artış saptanmıştır. Altı aylık beklenen mortalite oranları 55 yaşta %44, 65 yaşta %48, 75 yaşta %53, 85 yaşta %60 olarak hesaplanmıştır^[3]. Başka bir yayında YBÜ'de takip sırasında ve bir yıllık mortaliteler 65 yaş altında sırasıyla %16 ve %31 iken, 65 yaş ve üzerinde sırasıyla %12.9 ve %49 olarak belirtilmiştir^[18]. Bu verilere göre yoğun bakımda ileri yaş mortalitede bir artış getiriyor gibi gözükse de net bir yorum yapmak mümkün değildir. Topeli ve arkadaşlarının Hacettepe verilerinde de yoğun bakımda tedavi gören 65 yaş ve üstü

hastaların, 65 yaş altı gruba göre hastane mortaliteleri anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (%54.9'a %35.4; $p < 0.01$)^[5].

Yoğun bakımda en önemli mortalite belirleyicisi "Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation (APACHE)" skorudur^[19]. Akut fizyolojik skor, yaş ve kronik durum değerlendirmesi parametrelerinden oluşan APACHE skorunda yaşın mortaliteye katkısı %3 olarak hesaplanırken, en yüksek katkı %80 ile akut fizyolojik skora ait bulunmuştur^[20].

YAŞLIDA YOĞUN BAKIM SONRASI MORTALİTE

Yaşlı hastalarda önemli bir sorun da YBÜ'den çıktıktan sonra bile halen mortalite oranlarının aynı yaş grubuna göre yüksek kalmasıdır. Bir çalışmada yoğun bakımda izlenip çıkarılan 75-79 yaş, 80-84 yaş ve 85 yaş ve üzeri hastalarda üç ay sonraki mortalite oranları sırasıyla %21.6, %26.7 ve %28.9 olarak bulunurken, çalışmanın yapıldığı Fransa'da aynı yaş gruplarında üç aylık mortaliteler sırasıyla %0.9, %1.6 ve %3.7 olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmanın bir yıllık verilerinde ilk üç ayda kaybedilen hastalar çıkarıldıktan sonra, mortalite sırasıyla %14.9, %16.9 ve %19.4; aynı şekilde genel toplumda aynı yaş gruplarında mortalite %3.6, %6.3 ve %14.8 olarak tespit edilmiştir^[21]. Bu rakamlarla yoğun bakımda izlenen yaşlı hastaların yoğun bakımdan çıkarsalar dahi altta yatan kronik hastalıklarından dolayı genel topluma nazaran yüksek mortalite oranlarına sahip olduğu ve bu oranların yaş arttıkça yükseldiğini söylemek mümkündür.

KRONİK KRİTİK HASTALIK

Yaşlıların yoğun bakımda izlemlerinde önemli sorunlardan birisi de uzamış yoğun bakım ihtiyacıdır. Ondört günden daha uzun süren yoğun bakım ihtiyacı "kronik kritik hastalık" olarak isimlendirilir. YBÜ'de haftalar bazen aylar süren yatışı gerektiren bu kronik kritik hastalık tablosu tüm yoğun bakım kabullerinin %5-10'unu oluşturur ve bu hastaların yarısından fazlası 65 yaş ve üzerindedir. Bu hastalardaki temel sıkıntı yüksek maliyet ve kötü prognozudur. Her bir hastanın maliyeti 120-150 bin doları bulmaktadır ve çoğunlukla ölümle sonuçlanmaktadır. Bu nedenle bu hastalar için, temel amacı palyasyon olmayan ve yatak sayıları her zaman sınırlı olan YBÜ'lere, daha az maliyetli ve daha az invaziv alternatifler bulunmalıdır.

Uzamış yoğun bakım yatışlarını incelemek amacıyla yapılan çok merkezli bir çalışmada toplam 9105 yoğun bakım hastasının 1494 (%16)'ünün 14 gün ve daha uzun süreli yoğun bakım yatışının olduğu saptanmıştır. Genel olarak hastaların ortalama YBÜ'de kalma süresi dört gün iken, 14 günü geçen yatışlarda ortalama yatış süresi 35 güne yükselmiştir. Bir hasta için ortalama yoğun bakım maliyeti genelde 10.916 dolar olurken, bu rakamın uzamış yatışlarda 76.501 dolara çıktığı gözlenmiştir. Kronik kritik hastaların %55'i ilerleyen altı ayda kaybedilirken, ek olarak %15'inde kalıcı fonksiyonel kayıp tespit edilmiştir. İlginç olanı hastaların yoğun bakıma alınışlarının üçüncü gününde altı aylık beklenen yaşam oranı %46 olarak ölçülmüş, yani hastaların kötü seyirli olacakları önceden tahmin edilebilmiştir. Yoğun bakımda uzun süredir yatan hastaların hasta yakınlarına hastalarının yoğun bakıma alınışlarında ve izlemi sırasında kendi fikirlerinin alınıp alınmadığı sorulduğunda yalnız %40'ı kendi fikrinin alındığını belirtmiş ve bunlardan hastalarına palyatif bakımın yapılmasını, agresif tedavi yapılmamasını istediklerini belirtenlerin yalnızca %29'u hastalarına bu isteklerine uygun olarak tedavi yapıldığını düşündüklerini belirtmişlerdir^[22].

DNR KARARI ve YAŞLI

Yaşlı hastalar sık olarak geri dönüşümsüz ve progresif hastalıklarla YBÜ'lerde yattıkları için bazen uygulanan tedavinin devamı veya kesilmesi konusunda karar verilmesi gerekebilmektedir. Bir hasta için mevcut tıbbi tedavinin kesilmesi veya ek tedavi başlanılmaması şeklinde destek çekilmesinin gündeme gelebilmesi için hem hastayı takip eden doktorun mevcut bilgiler ve imkanlar dahilinde hastanın probleminin geri dönüşümsüz olduğu ve tedavinin ek bir fayda getirmeyeceğinden kesinlikle ve aksi için ufak dahi olsa hiçbir ihtimal yok olduğuna kanaat getirmiş olması ve hastanın veya hasta yakınlarının, mevcut tıbbi durum hakkında tüm ayrıntılarla bilgilendirildikten sonra destek çekilmesi lehinde fikir beyan etmeleri ile olmaktadır. Ancak yine de YBÜ'lerde karar verilmekte en çok zorlanılan konuların başında DNR (do not resuscitate) kararının verilmesi gelmektedir. Bu konuda yapılacakların, net yasal çerçevelerle belirlenmiş olması gerekliliği tartışılmaz ve bu yasal düzenlemelerin eksikliği sıklıkla hissedilmektedir.

Bir çalışmada YBÜ'de tedavi görmekte olan 936 evre IV kalp yetmezliği hastasına, tıbbi durumları hakkında bilgilendirildikten sonra olası bir kardiyopulmoner arrest sırasında resüsitasyon isteyip istemedikleri sorulmuştur. Hastaların %23'ü resüsite edilmek istememiş; resüsitasyon istemeyen grupta ileri yaş, kötü fonksiyonel kapasite, yüksek gelir düzeyi anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Hastaların %24'ünde doktorlar hastaların algılamasının ve tercihlerinin tam güvenilir olmadığı kanısına vardığı için kararları değerlendirmeye alınmamış, %25 hasta kararı doktoruna bırakmış, yalnız %28 hasta resüsitasyon istediğini belirtmiştir. Ancak aynı soru hayatta kalan 600 hastaya iki ay sonra tekrar sorulduğunda başlangıçta resüsitasyon istemeyenlerin %40'ının, başlangıçta resüsitasyon isteyenlerin ise %19'unun karar değiştirdikleri gözlenmiştir^[23]. Bu veriler, hastaların akut hastalıklı dönemlerinde verdikleri kararın çok da güvenilir olmadığı sonucunu getirmiştir. Dolayısıyla, DNR kararını verme de hasta veya hasta yakınlarının görüşlerinin sonradan değişebileceği gerçeğinin unutulmaması gerekmektedir.

DNR kararı ile yaş ilişkisini anlamak amacıyla yapılan bir çalışmada ortalama yaşın 63 olduğu yoğun bakımda izlenen 9105 hasta takip edilmiş; mekanik ventilasyon, cerrahi müdahale ve hemodiyaliz gibi girişimlerin durdurulması veya kaçınılması (withholding) oranlarına bakıldığında, -hastalarda beklenti ve prognozlara göre ayarlama yapıldıktan sonra her bir dekad artışta mekanik ventilasyonda %15, cerrahide %19 ve hemodiyalizde %12 "withholding" oranlarında artış olduğu saptanmıştır^[24]. Bu da ileri yaşın tıbbi durumdan bağımsız olarak tedavinin kesilmesi için göz önüne alınan bir faktör olduğu fikrini ortaya atmaktadır.

Sonuç olarak prognozları kötü, maliyetleri yüksek olsa da yaşlı hastaların da en az gençler kadar yoğun bakım imkanlarından faydalanma hakkı vardır ve benzer sağlık sorunları olan daha genç hastalara kıyasla, ağır hastalığı olan yaşlıların agresif hayat kurtarıcı müdahalelerin daha az yapılıp yapılmadığı veya hastane yatışlarında maliyetin gençlere nazaran daha dikkatli göz önüne alınıp alınmadığı soruları halen cevap beklemektedir.

KAYNAKLAR

1. Hamel MB, Phillips RS, Teo JM, et al. Seriously ill hospitalized adults: Do we spend less on older patients? Support Investigators. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:1043-8.
2. Hamel MB, Teo JM, Goldman L, et al. Patients age and decisions to withhold life-sustaining treatments for seriously ill, hospitalized adults. *Ann Intern Med* 1999;130:116-25.
3. Hamel MB, Davis RB, Teno JM, et al. Older age, aggressiveness of care and survival for seriously ill, hospitalized adults. *Ann Intern Med* 1999;131:721-8.
4. Angus DC, Kelley MA, Schmitz RJ, White A, Popovich J Jr. Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: Can we meet the requirements of an aging population? *JAMA* 2000;284:2762-70.
5. Topeli A. The outcome of the geriatric patients in the ICU. *Crit Care* 2005;5(Suppl1):117 (P249).
6. http://www.ceterisparibus.net/veritabani/1923_1990/nufus.htm
7. Jakob SM, Rothen HU. Intensive care 1980-1995: Change in patient characteristics, nursing workload and outcome. *Intensive Care Med* 1997;23:1165-70.
8. Behrendt CE. Acute respiratory failure in the United States: Incidence and 31-day survival. *Chest* 2000;118:1100-5.
9. Zilberberg MD, Epstein SK. Acute lung injury in the medical ICU: Comorbid conditions, age, etiology, and hospital outcome. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1159-64.
10. Mularski RA, Osborne ML. End-of-life care in the critically ill geriatric population. *Crit Care Clin* 2003;19:789-810.
11. Demoule A, Cracco C, Lefort Y, Ray P, Derene JP, Similowski T. Patients aged 90 years or older in the intensive care unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:129-32.
12. Yu W, ASH AS, Levinsky NG, Moskowitz MA. Intensive care unit and mortality in the elderly. *J Gen Intern Med* 2000;15:97-102.
13. Nuckton TJ, List ND. Age as a factor in critical care unit admissions. *Arch Intern Med* 1995;155:1087-92.
14. Ely WE. Optimizing outcomes for older patients treated in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2003;29:2112-5.
15. Danis M, Patrick DL, Southerland LI, Green ML. Patients' and families' preferences for medical intensive care. *JAMA* 1988;260:797-802.
16. Luce JM, Rubenfeld GD. Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life? *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:750-4.
17. Hamel MB, Phillips RS, Davis RB, et al. Are aggressive treatment strategies less cost-effective for older patients? The case of ventilator support and aggressive care for patients with acute respiratory failure. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:382-90.

18. Rockwood K, Noseworthy TW, Gibney RT, et al. One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units. *Crit Care Med* 1993;21:687-91.
19. Colpan A, Akinci E, Erbay A, Balaban N, Bodur H. Evaluation of risk factors for mortality in the intensive care units: A prospective study from a referral hospital in Turkey. *Am J Infect Control* 2005;33:42-7.
20. Carson SS. The epidemiology of critical illness in the elderly. *Crit Care Clin* 2003;19:1-9.
21. Somme D, Maillet JM, Gisselbrecht M, Novara A, Ract C, Fagon JY. Critically ill old patients in intensive care: Short and long term outcomes. *Intensive Care Med* 2003;29:2137-43.
22. Teno JM, Fisher E, Hamel MB, et al. Decision making and outcomes of prolonged ICU stays in seriously ill patients. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:70-4.
23. Krumholz HM, Phillip RS, Hamel MB, et al. Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: Results from the SUPPORT project *Circulation* 1998;98:648-55.
24. Hamel MB, Teno JM, Goldman L, et al. Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. *Ann Intern Med* 1999;130:116-25.