



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BİYOETİK EĞİTİM UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ
(HÜBAM)

Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BİYOETİK EĞİTİM UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ
(HÜBAM)**

Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar Toplantısı



08 Mayıs 2013, Çarşamba • Saat: 09.30 - 16.30
Hacettepe Kültür Merkezi Kırmızı Salon
Sıhhiye - Ankara

Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar

Editörler:

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Öğr. Gör. Dr. Aslıhan AKPINAR

Bu kitap, Hacettepe Biyoetik Merkezi'nin 8 Mayıs 2013 tarihinde Hacettepe Kültür Merkezi'nde düzenlediği "Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar Toplantısı" sunumlarının yazarlar tarafından oluşturulan tam metinlerinin yazım kuralları açısından kontrolünün ardından basılmış olup yazıların içeriği yazarların sorumluluğundadır.

Hacettepe Biyoetik Merkezi

Yayın No: 1

Hacettepe Üniversitesi Matbaası, Ankara, 2014



Program

- 09:30 - 10:00 Açılış Konuşmaları**
Prof.Dr. Nüket Örnek Büken
Hacettepe Biyoetik Merkezi Müdürü
Prof.Dr. Yasemin Yalın
Türkiye Biyoetik Derneği Başkanı
- 10:00 - 10:45 Konferans 1**
Uluslararası ve Ulusal Hukuklar Açısından Yaşamın Sonu Aşamasındaki Tıbbi Karara Hastanın Katılımı
Prof.Dr. Ergun Özsunay
İstanbul Kültür Üniversitesi Hukuk Fakültesi
- 10:45 - 11:00 Kahve Arası**
- 11:00 - 12:30 Panel 1**
Tıbbi ve Etik Yönleriyle Yaşamın Sonu Kararları
Panel Yöneticisi: Prof.Dr. Nüket Örnek Büken
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
Tıp Etiği Açısından Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar
Öğr.Gör.Dr. Aslıhan Akpınar
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarında Yaşanan Sorunlar
Prof.Dr. Arzu Topeli İskit
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimisi
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararları
Prof.Dr. H. Kaya Yorgancı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
Anestezi Yoğun Bakımında Yaşam Sonu Kararları
Prof.Dr. Seda Banu Akıncı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD
Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Hekim Tutumu: Kültürlerarası Karşılaştırma
Doç.Dr. Aysun Balseven Odabaşı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
- 12:30 - 13:30 Öğle Yemeği**
- 13:30 - 14:15 Konferans 2**
Dinsel Perspektiften Yaşamın Sonu
Prof.Dr. Nahide Bozkurt
Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi
- 14:15 - 14:30 Kahve Arası**
- 14:30 - 15:45 Panel 2**
Yaşamın Son Döneminde Palyatif Bakım Etiği
Panel Yöneticisi: Prof.Dr. Meral Özgüç
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji AD
Yaşamın Son Dönemindeki Hastada Ağrı Kontrolünde Yaşanan Sorunlar
Doç.Dr. Nalan Örnek Çelebi
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD
Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri: Mevcut Durum ve Planlamalar
Doç.Dr. Murat Gültekin
SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı
Yaşam Sonu Kararlarında Hastane Etik Kurulları / Etik Konsültasyon
Öğr.Gör.Dr. Müge Demir
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
Hospice: Bir Kurumun Değil Bir Yaklaşımın Adı
Prof.Dr. Arın Namal
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
- 15:45 - 16:30 Forum**
Yaşanan Sorunların Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Tartışılması

İçindekiler

Sunuş	
<i>Nüket ÖRNEK BÜKEN</i>	1-2
Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı	
<i>Ergun ÖZSUNAY</i>	3-18
Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli? Ne Zaman Sonlandırılmalı?	
<i>Aslıhan AKPINAR, Nermin ERSOY</i>	19-28
Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Kararları	
<i>Lale ÖZİŞİK, Arzu TOPELİ</i>	29-38
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararları	
<i>Kaya YORGANCI, İsa Sahar</i>	39-42
Anesteziyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşamın Sonu Kararları	
<i>Seda Banu AKINCI</i>	43-47
Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Hekim Tutumu: Kültürlerarası Karşılaştırma	
<i>Aysun BALSEVEN ODABAŞI, Nüket ÖRNEK BÜKEN</i>	48-54
Dinsel Perspektiften Yaşamın Sonu	
<i>Nahide BOZKURT</i>	55-59
Yaşamın Son Dönemindeki Hastada Ağrı Kontrolünde Yaşanan Sorunlar	
<i>Nalan ÖRNEK ÇELEBİ</i>	60-62
Palyatif Bakım Nedir?	
<i>Murat GÜLTEKİN</i>	63-67
Yaşam Sonu Kararlarında Hastane Etik Kurulları / Etik Konsültasyon	
<i>Müge DEMİR</i>	68-73
Hospice: Bir Kurumun Değil Bir Yaklaşımın Adı	
<i>Arın NAMAL</i>	74-84
Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar	
<i>Toplantısı'ndan Fotoğraflar</i>	85-90

Sunuş

Günümüzde yüksek teknolojinin tıbbı girmesi ile hastanın yaşam süresi uzamakta, ölümü ertelenmekte, hastaların yaşamlarının korunması ve ölümlerinin ertelenmesi ile ilgili yükümlölükler tartışılmaktadır. Bu konuda yaşanan etik ikilemlerin kaynağı; yaşam destek sistemlerinin kullanılmaması durumunda hastanın ölüm sürecinin hızlanacak olması, kullanılması durumunda hastaya önemli bir yarar sağlamayacak olması, tıbbi kaynakların sınırlı sayıda ve pahalı olması, hekimin tıbbi kaynakları etkin kullanmakla ilgili sorumluluğı ve bu sorumluluğun sınırları olarak tanımlanmaktadır.

Hekim ve sağık çalışanları için ölümün başarısızlık olarak algılanması, yoğun-bakımın başarısının sağı kalım istatistikleri ile ölçölmesi, “tıbbi boşunalık” ve “nafile tedavi” kavramlarının halen tıbbi ortamlarda ve özellikle tıp eğitiminde yer almaması, mevcut etik ikilemlerin çözümünü de zorlaştırmaktadır. Tıbbi başarı, kurtarılan yaşamlar kadar kurtarılan yaşamların kalitesidir aynı zamanda.

Günümüzde tüm hastane ölümlerinin % 20’si yoğun-bakım servislerinde gerçekleşmektedir; ölmekte olan hastalara artık hasta yakınları evde bakmak istememekte, çok sevdiği birinin evde ölümü hoş karşılanmamaktadır. Ayrıca ölmekte olan hastaların tedavi ve bakım maliyeti yüksektir ve bunun ne kadarının devlet tarafından ödeneceğı, ne kadarının cepten ödeme ile karşılanacağı, tedavinin maliyet etkinliğı önem kazanmaktadır, uygulanan tedavi, tıbbi yararlılık ve ekonomik yararlılığın birlikte sorgulanması ile ifade edilmektedir.

Kanser, terminal dönem hastalıkları, yoğun bakım ünitelerindeki ölümcül hastalıklar, ilerleyen nörodejeneratif hastalıklar, bazı geriatrik hastalıklar gibi yaşamın son dönemindeki hastalar karşısında hekimler birçok etik ikilemle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu ikilemlerle baş etme, klinik ve etik karar verme süreçlerini işletme konusunda ilgili tarafların (hekim, sağık çalışanları, hasta, hastanın ailesi, sağık kurumu) verecekleri kararlar; ait oldukları toplumun ahlaksal, sosyal, kültürel ve hukuki yapısından etkilendiğı gibi, ölkelerin sağık politikaları ve sağık ekonomilerinden de etkilenmektedir. Gelenekselleşmiş hekim tutumları da belirleyici olabilmektedir. Bunun yanı sıra ilgili tüm tarafların yaşamın sonunda alınan kararlara katılım sürecindeki rolleri önemlidir.

Yalnızca yarar sağılama ve zarar vermeme ilkelerini dikkate alan ve hastanın özerkliğini göz ardı eden bir tıp uygulaması, hekimle hasta arasında hekimin temel karar verici olduğı paternalistik bir iletişime neden olur. Tıbbi bilgiye ve teknolojiyi kullanma gücüne sahip olan hekim, bunları hastasıyla paylaşmadığında ve hastanın kendi bedeni ile ilgili kararı, bu bilgilere dayalı olarak vermesi konusunda onu desteklemedikçe hasta özerkliğine saygı ilkesi ihlal edilmektedir. Bugün ölkemiz de içinde olmak üzere pek çok ölkede hekim-hasta arasında olması istenen karşılıklı katılım türünde empatik iletişim gerçekleşmemekte ve geleneksel paternalistik tutum usta-çırak ilişkisiyle aktarılmaya devam etmektedir. Toplumsal yapısını paternalistik tutumların belirlediğı öteki ölkelerde olduğı gibi, ölkemizde de hekim-hasta ilişkisinde hekim, genellikle ilişkideki yetke öğesidir. Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan girişimin yarar sağılama/zarar vermeme ve sınırlı kaynakların hakça dağıtımı ilkeleri açısından değeriendirilmesi de önemlidir. Tedaviden beklenen yararın, olası risklerden fazla olmaması durumunda (boşuna tedavi, faydasız tedavi) bu girişimin yapılmasını etik açıdan haklı çıkarmak güçtür.

Boşuna/faydasız tedavi hekimin, hastanın ya da vekilinin tıbbi müdahalenin yararsız ya da etkisiz olduğı, yaşam kalitesine minimum katkı ya da çok az fayda sağıladığı, hastanın beklentilerine cevap verme olasılığı taşımadığı, makul yaşam şansı tanımadığı konusunda birleştikleri tedavi ya da uygulamaları tanımlamaktadır. Tedavi ile hastaya fizyolojik bir yarar sağılanmayacaksa, hekim bu tedaviyi sunma yükümlölüğüne sahip değildir. Tıbbi yararsızlık kavramı ile hasta ya da vekili tarafından istenen tedavinin hekim tarafından amaca uygun bulunmadığı için hastadan esirgenme ya

da çekme izninin hasta özerkliği üzerindeki önceliği anlatılmaktadır. Ancak fizyolojik olarak boşuna olan bu tedavi, hastaya ya da ailesine psikolojik fayda sağlayacaksa, bunun verilip verilmemesi konusunda da farklı görüşler bulunmaktadır. En sık dile getirileni, genellikle olağandışı tedaviler kapsamında olan bu uygulamaların psikolojik yarar gerekçesiyle kullanımının diğer hastaların bu kaynaklardan adil pay almalarını engelleyebileceğidir.

Hasta/hasta vekili-hekim arasında güvensizlik yaratabilecek uygulamalara fırsat vermemek için her sağlık kurumu/yoğun bakım ünitesi tıbbi yararsızlık ile ilgili politikalarını belirlemiş ve bu politikalara uygun süreç yaklaşımını geliştirmiş olmalıdır.

Günlük uygulamalarda tıbbi yararsızlık, çoğunlukla geri dönüşümsüz bilinç kaybı olan ve ölmek üzere olan hastalara agresif yaşam desteği çabalarının fizyolojik yararsızlığı durumunda göz önünde tutulmalıdır. Tıbbi yararsızlığı belirlenmiş olan yaşam desteğine hiç başlamamak ile başladıktan sonra geri çekmek arasında ahlaksal sorumluluk açısından bir fark bulunmamaktadır. Ancak yararın ne olduğu ve kime göre belirleneceği temelde değer yüklü bir sorudur. Ülkemizde halen sağlık çalışanları bazı durumlarda hastaya tedavi uygulanmasını yararsız buldukları halde, değişik nedenlerle (genellikle idari, sosyal, yasal) tedaviyi sonlandırma kararını alamamaktadırlar. Bu da tıpta sınırlı kaynakların adil kullanımında sıkıntılara yol açmaktadır. Uzatıldığı varsayılan “yaşamın kalitesi”nin sorgulanması yanı sıra, maliyeti ve bunu kimin karşılayacağı gibi ekonomik kavramlar da birlikte değerlendirilmelidir.

Yaşamın sonu konusu ve yaşamının sonunda olduğu düşünülen hasta ya da bu hasta gruplarıyla çalışan hekimlerle tutum araştırması yapmanın çeşitli güçlükleri bulunmaktadır. Yaşamın sonunda alınan kararlarda temel karar vericinin kim olduğu (hekim, hasta, hasta yakını) konusunda ülkemizde yapılmış çalışmaların sayıca az olması; ilgili kavramların yeterince bilinmemesi ve bu konuların, tıbbi, psikolojik, sosyal, etik, yasal yönlerinin ilgili ortamlarda konuşulmaması, tartışılmaması nedeniyledir.

Gerek tıp eğitiminde sık sık vurgulanan kimi kavramlar (yaşama saygı, yaşamın korunması) ve her şeye rağmen hastayı yaşatma güdüsü, gerekse insanın doğasında var olan yaşam arzusu, alınan kararlarda yaşamı daima önceliklemektedir. Çoğu zaman, yaşam kalitesi, boşuna tedavi, maliyet etkinliği, sınırlı kaynakların adil kullanımı... gibi kavramlar göz ardı edilebilmektedir.

Tıbbın diğer dallarında Batı’daki gelişmeler hızlı biçimde izlenirken; başlıca uğraş alanı, bu hızlı gelişmelerin sağlık ekibi-hasta-hasta ailesi arasında yarattığı sorunlara bir çözüm getirmek olan klinik etik uygulamalarına karşı duyarsız kalınması mümkün değildir. Ülkemizde son yıllarda hastaların korunması ve sağlık alanında etik ihlallerin önlenmesine karşın bir dizi yeni yasal düzenlemeler yapılması, sağlık ekibinin bu yolda bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi sağlık kurumlarına yeni ödevler yüklemektedir. Tıp uygulaması sırasındaki müdahale ve kararların etik kavram ve değerlere uygun olması, hekimin büyük dikkat ve duyarlılığını gerektirir. Zaten asıl sorun hekimin etik sorunlar karşısında ne tür yöntem ve yaklaşım biçimi uygulayacağından öte, hekimin mesleğinin etik yönünü güncel biçimde yaşama geçirme gayret ve amacıdır. Yaşamın sonunda hekimin karşı karşıya kaldığı etik ikilemlerin çözümünde, hekim kendi vicdanı ve kararının sorumluluğu ile baş başa bırakılmamalıdır. Bu kararların sorumluluğu ekip anlayışı içerisinde ve paylaşılan sorumluluk temelinde değerlendirilmelidir. Hastanın özerkliği, bilgilenme ve karar verme hakkı her durumda merkezde yer almalıdır.

Elinizdeki kitap klinik, etik, kültürel ve hukuki yönleriyle yaşamın sonuna ilişkin kararlar ile ilgili konunun uzmanlarının görüş ve çalışmalarını içermekte olup, HÜ Biyoetik Merkezinin de ilk yayını olma özelliğine sahiptir. Bu konuların hem ilgili kişi ve kurumlarla hem de genel kamuoyu ile paylaşılması/ tartışılmasına ve klinisyenlere yol gösterici rehberlerin oluşturulmasına gereksinim vardır. Bu kitap böyle bir gereksinimin ürünü olarak doğmuştur. Okuyuculara yararlı olmasını diliyoruz.

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Hacettepe Biyoetik Merkezi Müdürü

Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı
(Özellikle İradesini Açıklama Gücünden Yoksun veya Ayırt Etme Gücü Sınırlı Olan Hastanın Katılımı Bakımından)

Prof. Dr. Ergun ÖZSUNAY

ergunozsunay@gmail.com

İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi (Em.)

İstanbul Kültür Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk ve Mukayeseli Hukuk Profesörü

Avrupa Konseyi DH-BIO'da Türk Delegesi

A. Sunum

Bu araştırmanın ilk versiyonu Avrupa Konseyi tarafından 30 Kasım - 1 Aralık 2010 tarihlerinde Strasbourg'da düzenlenmiş bulunan **"Symposium on decision making process regarding medical treatment in end of life situations - Participation in the decision by the person who is in a situation that affects or limits his/her capacity to express will"**e İngilizce olarak sunulmuştur. Yazar daha sonra özellikle **New York Eyaleti** bakımından "sağlık hukuku"na ilişkin düzenlemeleri ve **"Sağlık Bakımına İlişkin Yetkilendirme Belgesi"**ni (health care proxy) incelemiş; ayrıca araştırma konusunun kapsamındaki sorunları, **Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin** 2009/11 sayılı **"Ehliyetsizlik Durumları İçin Sürekli Temsil Yetkisi ve Önceden Verilmiş Talimatlara ilişkin İlkeler"** hakkındaki **Tavsiye Kararı**" (principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity in the Recommendation CM/Rec (2009) 11) ile DH-BIO tarafından hazırlanmakta olan **"Yaşamın Sonu Durumlarında Tıbbi Tedavi Bakımından Karar Sürecine İlişkin Kılavuz Tasarısı"** (Draft Guide concerning the decision-making process regarding medical treatment in end of life situations) bakımından değerlendirmiştir.

B. Bazı kavramlar: "Yaşamın Sonu"; "Yaşamın Sonu Durumlarındaki Bakım ve Tedavi" ve "Yaşamın Sonu Aşamasında Hastanın Bakım ve Tedavisine İlişkin Karar"

"Yaşamın sonu" (end of life) aşaması, bir hastalığın ilerlemesinin ya da bir kimsenin sağlığıyla ilgili ciddi ve önemli bozulmaların bireyin yaşamını çok yakın bir gelecekte geri dönmeyecek derecede tehdit eden durumları ifade eder.

"Yaşamın sonu aşamasında hastanın bakım ve tedavisi" (end of life care), hastanın ölüme çok yakın olduğu bir aşamada iyileştirmeye ilişkin tedaviden vazgeçilip, acıların azaltılmasına ve hastanın huzur içinde ölmesine yönelik bir bakım ve tedavidir. Bu kavram, bazen, "terminal bakım ve hizmet"; bazen de "palyatif bakım" olarak ifade edilir.

"Yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakıma ilişkin karar" (end of life decision) ise, hasta veya hastanın yakınları ya da temsilcisiyle yapılan danışmalar sonucunda hekim tarafından verilen "tıbbi bir karar"dır (medical decision).

Bu araştırma, **"yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakıma ilişkin karar"** bakımından hastanın tıbbi karara katılımına ilişkin sorunları özellikle "ayırt etme gücü olmayan" kişiler (tam ehliyetsizler) ile "bu

konuda ehliyeti sınırlı olan kimseler” (küçükler ve vesayet altına alınmış olan kişiler) yönünden incelemektedir.¹

C.Fiil Ehliyeti Bakımından Kişilerin Durumu

I. Tam ehliyetliler

Tam ehliyetliler “ayırt etme gücü” (temyiz kudreti) bulunan ve ergin (reşit, yetişkin) olan kimselerdir. Bu kimseler, “aydınlanmış rıza”larıyla yaşamın sonu bakım ve tedavisine ilişkin tıbbi karara katılırlar. Hekim, bu gibi kişilerin isteklerine uymak zorundadır.

II. Rızasını açıklayamayan kişiler

Bu kimseler iki kategoriye ayırt edilirler: “Tam ehliyetsizler” ve “sınırlı ehliyetsizler”

1. Birinci kategoride **“ayırt etme gücü bulunmayan erginler”** (*incapacitated adults*): yer alırlar. Bunlar, “akıl hastalığı, akıl zayıflığı ya da benzeri nedenlerle tıbbi müdahale için rızasını açıklama yeteneği”nden yoksun olan kişilerdir (Karş. Oviedo Sözleşmesi, m. 6, No. 3). “Ayırt etme gücü” bulunmayan çocuklar da, yaş küçüklüğü nedeniyle “tam ehliyetsizler” grubunda yer alırlar (Bkz. Türk MK m. 13).

Ayırt etme gücü bulunmayan erginler kural olarak bir “vasi”nin (bkz. İsviçre Medeni Kanunu, m. 369 vd.; Türk MK, m. 404 vd.) veya “koruman”ın (Betreuer) (bkz. Alman MK § 1896); “küçükler” ise ana babalarının koruma ve gözetimi altındadırlar.

2. Sınırlı ehliyetsizler” kategorisinde ise, **ayırt etme gücüne sahip** “küçükler ve kısıtlılar” yer alırlar. Bu kategoride kural olarak küçükler ana babalarının (velayet); “kısıtlılar” ise bir “vasi” ya da “koruman”ın koruma ve gözetimi (vesayet) altındadırlar (Bkz.Oviedo Sözleşmesi, m. 6. No. 2; İsviçre MK m. 296, 368; Türk MK m. 16, 335, 404 ; Alman MK § 1896 BGB)²

¹ Bu kavramlar için bkz. *The National Advisory Board on Health Care Ethics* (ETENE), End-of-Life Care-Memorandum of the National Advisory Board on Health Care Ethics, Report of the Working Group, Helsinki, 17 September 2003, s. 5-6. *Terminal care* is end of life care that directly precedes death. *Palliative care* is the comprehensive care of the patient whose illness cannot be cured and where prolonging the patient’s life is not the only aim of treatment. It is not bound to the closeness of death and can last up several years depending on the illness. Bkz. *The National Advisory Board on Health Care Ethics* (ETENE), End-of-Life Care- Memorandum of the National Advisory Board on Health Care Ethics, Report of the Working Group, s. 6. It can be a single decision concerning the line of treatment or the final result of a long process during which it has become clear that the patient’s illness cannot be cured. Bkz. *The National Advisory Board on Health Care Ethics* (ETENE), End-of-Life Care- Memorandum of the National Advisory Board on Health Care Ethics, Report of the Working Group, s. 5.

² Ergin olmayan çocuklar (küçükler) ana ve babalarının velayeti altındadırlar. “Velayet”, çocuğun bakım, gözetim ve korunmasını da içeren bir haklar ve yükümlülükler kompleksidir. Küçüğün kanuni temsilcisi, ana ve babasıdır. Bkz Commission on European Family Law, *Principles of European Family Law Regarding Parental Responsibilities*, Principle 3:1; Committee of Experts on Family Law, *Draft Instrument on the rights and legal status of children and parental responsibilities*, Article 28 (CJ-GT3 (2010)2).

D. Oviedo Sözleşmesine Göre Ayırt Etme Gücü Olmayan ya da Çok Kısıtlı Olan Kişilerin Hukuksal Durumu

I. Genel Kural: Tıbbi Müdahale ve Tedavi İçin Aydınlanmış Rıza

Avrupa Konseyi tarafından hazırlanmış bulunan “**Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsanın Onurunun Korunması Hakkında Sözleşme**” 4. Nisan. 1997 tarihinde İspanya’nın Oviedo kentinde imzalanmıştır.³

Kısaca “**Oviedo Sözleşmesi**” adı verilen Sözleşmeye göre, “sağlık alanında herhangi bir müdahale ancak ilgili kişinin serbest ve aydınlanmış rızasıyla” yapılabilir (m. 5.1).

Oviedo Sözleşmesi, Türkiye Cumhuriyeti tarafından da 3 Aralık 2003 tarihli ve 5013 sayılı Kanunla onaylanmış olup, Türk hukukunun bir parçası haline gelmiştir.

II. Rızasını Açıklama Yeteneği Olmayan Kişiler (incapacitated persons)

1. Rızasını Açıklama Yeteneği Olmayan Erginler (incapacitated adults)

Oviedo Sözleşmesine göre, “rızasını açıklama yeteneği olmayan kişiler”e tıbbi müdahale, ancak onların doğrudan yararı için yapılabilir (m. 6.1)

Akıl hastalığı, hastalık ya da benzeri nedenlerle bir müdahale için rızasını açıklama yeteneği olmayan kimseye tıbbi müdahalenin yapılabilmesi için, onun temsilcisinin veya yasayla belirlenmiş bir makam veya kişi ya da kurumun izni” gerekir (m. 6.3).⁴

Oviedo Sözleşmesi, ayrıca, ciddi bir akıl hastalığı olan kişiler için özel koruyucu önlemler de öngörmektedir (m. 7).⁵

Oviedo Sözleşmesi, olanaklar elverdiği ölçüde söz konusu izin sürecine ayırt etme gücü olmayan kişinin de dahil edilmesi gerektiğini öngörmektedir (m. 6.3).

Sözleşmeye göre, tıbbi müdahale bakımından ilgilinin “önceden açıklamış olduğu arzular” da (previously expressed wishes) göz önüne alınır (m. 9)

³ *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine* (The Oviedo Convention)(ETS No. 164).

⁴ Bkz. Oviedo Sözleşmesi, m. 6: “The representative, the authority, the person or the body shall be given the *appropriate information*. The authorization may be withdrawn at any time in the *best interests of the person concerned*” (Article 6 No. 5). “Bilimsel araştırmalar” bakımından söz konusu kişilerin korunması için Sözleşme ek koşullar öngörmüştür (m. 17).

⁵ Bkz. Oviedo Sözleşmesi, m. 7: “subject to protective conditions prescribed by law, including supervisory, control and appeal procedures, a person who has a mental disorder of a serious nature may be subjected, without his/her consent, to an intervention aimed at *treating his/her mental disorder* only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his/her health”

2. Rızasını Açıklama Yeteneği Olmayan Küçükler (minors who do not have the capacity to consent)

Rızasını açıklama yeteneği bulunmayan küçükler bakımından tıbbi müdahale kanuni temsilcisinin veya yasayla belirlenmiş bir makam, kişi veya kurumun izniyle yapılabilir (m. 6.2). Bunlar, küçüğün yararını (best interest) göz önünde bulundurarak izin vermek zorundadır (m. 6,5. Karş. Türk hukukunda “Hasta Hakları Yönetmeliği”, m. 24).⁶

Sözleşmeye göre, tıbbi müdahale bakımından yaşı ve olgunluk derecesine göz önüne alınarak, küçüğün düşüncesinin de alınması gerekir (m. 6.2).⁷

Türk hukukuna göre, ayırt etme gücü bulunan küçükler “kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar”ı bizzat kullanabilirler (Türk MK m. 16).

E. Ulusal Düzenlemeler

I. ABD

1. Genel Olarak

“Ayırt etme gücü” (temyiz kudreti, capacity) bir kimsenin temel gereksinimlerine ilişkin kararları alabilme ve uygun bilgileri kavrayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır.⁸

“Ayırt etme gücünden yoksunluk” (incapacity) kavramı *“Uniform Guardianship and Protective Proceedings Act of 1982 (UGPPA)”*’de tanımlanmıştır. Buna göre, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, fiziksel hastalıklar, kronik ilaç kullanma, kronik intoksikasyon, vb. nedenlerle makul biçimde hareket edebilme ve davranış yeteneğinden yoksun; algılama eksikliği ve bir kimsenin şahsıyla ilgili kararları alamaması, iletişim kuramaması gibi durumlar “ayırt etme gücünden yoksun” olarak nitelenmektedir. Ayırt etme gücü olmayan kişiler bir **“koruman”**’ın (vasi, guardian) gözetim ve koruması altındadır.⁹

Eyalet hukuklarına göre bir mahkeme kararıyla kurulan **“vesayet”** (guardianship), vesayet altına alınan ayırt etme gücünden yoksun olan kişinin şahsının ve mallarının korunması amacına yöneliktir.¹⁰

⁶ Bkz. Oviedo Sözleşmesi, m. 6 No.5 “The representative, the authority, the person or the body shall be given the *appropriate information*. The authorization may be withdrawn at any time in the *best interests of the child concerned*”.

⁷ Oviedo Sözleşmesinin bu çözümü, *“Çocuk Hakları Sözleşmesi”*’yle uyum halindedir. Bkz. *Convention on the Rights of the Child* (adopted by General assembly resolution 44/25 of 20 November 1989), Article 12 No. 1. Türk Hukuku bakımından Karş. *Hasta Hakları Yönetmeliği*, m. 26.

⁸ Bkz. *ABA (American Bar Association), Facts About Law and the Elderly, A professional Guide to Capacity and Guardianship*, (Division for Media Relations and Public Affairs), 1996, s. 9.

⁹ Bkz. *Am.Jur. 2nd*, Guardian and Ward: § 30, West Group, 2000. Aynı tanım Colorado Eyaleti hukukunda da bulunabilir. Bkz. CRS § 15-14-1001(1)). Iowa Eyaleti hukukunda da benzer bir tanıma rastlanılmaktadır: “incapacitated person” is the person who is unable to make or carry out important decisions by reason of mental, physical or other incapacity”. Bkz. *Pat M. Keith/Robbyn R. Wacker, Older Wards and Their Guardians*, Praeger, 1994, s. 156.

¹⁰ ABD’nde her eyalette, ayırt etme gücünden yoksun olanlara vasi atanmasına ilişkin özel düzenlemeler (kanun) mevcuttur. Eyaletlerin vesayetle ilgili düzenlemeleri birbirine benzemektedir. 1980-2000 yılları arasında hemen hemen her eyalette vesayetle ilgili kanunlar gözden geçirilip, yenilenmiştir. Bkz. *Mary Joy Quinn, Guardianships of Adults, Achieving Justice, Autonomy, and Safety*, Springer Publishing Company, 2005, s. 236.

Vasi, vesayet altındaki kişinin sağlığı konusunda özel bir özen göstermekle yükümlüdür. Özetle, vasi, sıradan (rutin) müdahalelerde (örneğin check-up gibi) kendi takdir yetkisini kullanır; buna karşı önemli müdahaleler (örneğin organ nakli; önemli bir ameliyat gibi) söz konusu olduğunda yargıcın müdahalesine başvurulmalıdır.¹¹

“Tıbbi bakım sağlayıcıları” (medical providers, tıp kuruluşları), hastanın, “ayırt etme gücü”nü yitirmesi halinde adına hareket etmek amacıyla **“önceden atanmış sürekli bir temsilcisi”** (durable power of attorney) varsa, tıbbi müdahale konusunda onun görüşünü almak zorundadır. Tıbbi müdahale ve tedavide, hastanın **“daha önceden vermiş olduğu talimatları”** (“istenç bildirimleri”, advanced directive, AD) ve **“açıklanmış arzuları”**nın da göz önüne alması gerekir. Kısaca, **“tıbbi bakım sağlayıcıları”** hastanın “önceden verilmiş talimatları”na (istenç bildirimleri; AD) ya da “temsil yetkisi vermiş olduğu belge”de (patient’s authorized proxy) belirtilen kararlara aykırı olarak tıbbi müdahalede bulunmazlar.¹²

II. Eyalet Hukukları

1. Washington Eyaleti

Washington Eyaleti hukukuna göre, bir kimsenin “rızasını açıklama yeteneği”nin bulunmaması halinde, “tıbbi karar”ın alınması bakımından iki mekanizma harekete geçirilir: **“Önceden verilmiş talimatlar”** (advanced directives, AD) ve **“ikame karar”** (surrogate decision making) mekanizmaları.

Hastanın “önceden verilmiş talimatlar”ı varsa, bunlar göz önüne alınır. Yoksa, sağlıkla ilgili kararlar bakımından, “ikame karar alma” sistemine başvurulur. İkame karar mekanizmasında aşağıdaki sıralamada yer alan kişiler hastanın sağlığıyla ilgili kararları almaya yetkilidir : (i) hastanın vasisi; (ii) sürekli temsil yetkisi vermiş olduğu temsilcisi (vekili); (iii) hastanın eşi veya birlikte yaşama halindeki “partner”i; (iv) 18 yaşını geçmiş olan çocukları; (v) ergin erkek ve kız kardeşleri.¹³

Ayrıca bkz. Am.jur.2nd., Guardian and Ward, § 21. *Georg H. Zimny/George T. Grossberg*, Guardianship of the Elderly, Springer Publishing Company, 1998, s. 16 vd. Ayrıca bkz. ABA, p. 9. Eyaletler hukukları için bkz. New York: Mental Hygiene Law (§§ 81.01 through 81.43); Minnesota: Minn. Stat. Ann. § 524.5-5-101 through 524.5-502; California: California Prob. Code §§ 1400 to 3803; New Jersey: New Jersey Stat. Ann. §§ 3B:1-1 to 4:83-12; Connecticut: Gen. Stat. Ann. §§ 45-70 to 77; Colorado: Rev. Stat. §. 15-14-301 to 402. Eyaletler hukuklarına ilişkin bir liste için bkz. *Zimny/Grossberg*, s. 19, Table 2.1. Ayrıca State Public Guardianship Statutory Charts için bkz. *Pamela B. Teaster/Winsor C. Schmidt Jr/Erika F. Wood/Susan A. Lawrance/Marta S. Mendiondo*, Public Guardianship, In the Best Interests of Incapacitated People ?, Praeger, 2010, s. 173-182.

¹¹Bkz. *Scott K. Summers*, Guardianship and Conservatorship, ABA Senior Lawyers Division, 1996, s. 116-117.

¹² ABD’nde “önceden verilmiş talimatlar”a (advanced directives, AD) ilişkin sorunlar (talimatın belirsizliği, güncelliğini yitirmiş olması vb.) ve söz konusu talimatların uygulanması bakımından hekimlerin tutumları için bkz. ABA, p. 19.

¹³Bkz. *Washington Health Law Manual*. Ayırt etme gücünden yoksun hastalarda, “ikame karar mekanizması” bakımından kanunda daha katı bir sistemin öngörülmesine karşın, tıbbi karar verilirken, uygulamada genellikle hastanın aile bireylerine ve kendisine sevgi bağıyla bağlı olanlara başvurulmaktadır. Bkz. <http://www.wsha.org/page.cfm?ID=EOL-SurrogateDecisions>. Ayrıca bkz. *Karna Halverson*, Voluntary Admission and Treatment of Incompetent Persons with a Mental Illness, William Mitchell Law Review, Vol. 32:1, s 173 - 175.

2. Minnesota Eyaleti Hukuku

Minnesota hukukuna göre, “yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakım”la ilgili kararda vasi, rızasını açıklama yeteneğinden yoksun bulunan **“hastanın şimdilerdeki açık arzuları”**nı (ward’s currently expressed wishes), göz önünde bulundurmaktır zorundadır. Ayrıca, hastanın geçmişteki dinsel inançları, değer yargıları ve açıklanmış arzularının da göz önüne alınması gerekir. Vasi, **“ilgili aile bireyleri”**nin de düşüncelerini öğrenmelidir.¹⁴

Bununla beraber, “yaşam desteklerini sonlandırma” gibi önemli durumlarda, “vesayet mahkemesi”nin (probate court) müdahalesi ve kararı da istenebilir.¹⁵

Ayrıca, “yaşama döndürülmeme konusunda rıza verilmiş olması” (consent for orders of DNR, Do Not Recussitate), diyaliz, kemoterapi yapay beslenme, hidrasyon vb. gibi daha önemli durumlarda **“hastayla yakından ilgilenen aile bireyleri”**nin görüşleri de alınmalıdır.

3. New York Eyaleti

New York Eyaleti **“Kamu Sağlığı Kanunu”**na (Public Health Law) göre, her erginin bir **“Sağlık Bakımı Temsilcisi”**nin (health care agent) bulunması öngörülmüştür.

“Sağlık bakımı” (health care), bir kimsenin fiziksel veya ruhsal hastalığının teşhisi ve tedavisine ilişkin yöntemler veya hizmetler anlamına gelir.

“Sağlık bakımı temsilcisi” (ya da “vekili”) (helth care agent) ise, bir **“Sağlık Bakımı İçin Yetkilendirme Belgesi”**yle (Health Care Proxy) sağlık bakımına ilişkin kararlar bakımından rızasını açıklayacak kişidir.

“Sağlık Bakımı Yetkilendirme Belgesi” (Health Care Proxy), “ayırt etme gücü olan bir ergin”in (adult) düzenletmiş olduğu bir belgedir. Bu belgede ilgilinin ve iki tanığın imzalarının bulunması gereklidir. Kural olarak, hastanın yakını olmadıkça, hastane yöneticilerinin ve çalışanlarının tanık olabilmeleri mümkün değildir.¹⁶

(Ayrıntı için bkz. *Guardianship Practice in New York State*, Volume Two, S 10-2.)

“Sağlık Bakımı Yetkilendirme Belgesi”yle, bir kimse, sağlık bakımına ilişkin konular ve sorunlarda kendisi adına ve yararına karar vermek üzere bir kimseyi ya da daha fazla kişiyi yetkilendirir. Verilen yetki her an geri alınabilir. Temsilcinin yetkisi, yetki verenin, “sağlık konusunda karar alma yeteneğinin yitirilmesi”yle başlar. Bu yeteneğin yitirildiği, bir hekim kararıyla belirlenir. **“Sağlık Bakımı Yetkilendirme Belgesi”**, “sağlık bakımı sağlayıcıları” tarafından hastanın dosyasına konulur.

Temsilcinin, temsil yetkisi verenin sağlığıyla ilgili kararlar bakımından davranışının aşağıdaki seyri izlemesi öngörülmüştür: (i) karar vermeden önce, hekim, hemşire, psikolog, sosyal yardımcıya

¹⁴ Bkz. *Minnesota Conference of Chief Judges Pending*, Guardianship and conservatorship in Minnesota, 2003 Amended 2009, 2010, s. 35. The procedures for admission and treatment of a person with a mental illness in Minnesota are contained in the Minnesota Commitment and Treatment Act. Bkz. *Karna Halverson*, s. 176. “Üçüncü kişi karar vericiler” bakımından s. 180-183.

¹⁵ Minnesota Eyaletinde, özel bir duruşmadan sonra mahkemenin onayını gerektiren durumlar için bkz. *Minnesota Conference of Chief Judges Pending*, Guardianship and conservatorship in Minnesota, 2003 Amended 2009, 2010, s. 35: “Psychosurgery, electro-convulsive therapy (ECT), sterilization, experimental treatment of any kind, or treatment which violates the known religious, conscientious, or moral beliefs of the ward requires court approval after a special court hearing”.

¹⁶ Ayrıntı için bkz. Article 29-C § 2983 Nos. 1, 3 ve 4.

danışmak; (ii) temsil yetkisi verenin bilinmekte ise (dinsel ve ahlaksal inançları dâhil) arzularının ve talimatlarının göz önüne alınması; (iii) yaşamın sonuna ilişkin arzuların bilinmemesi ve özenli bir araştırmaya karşı belirlenememesi halinde, “temsil yetkisi verenin yararına” (iyiliğine) en uygun davranışta bulunma.

II. Kara Avrupası Hukuk Düzenleri

1. Alman Hukuku

a) Kendi İşini Göremeyen Erginler

Alman hukukuna göre, fiziksel, psikolojik ya da zihinsel bir rahatsızlığı veya hastalığı nedeniyle işlerini göremeyen bir yetiştikine (ergin) **Vesayet mahkemesince** (Betreuungsgericht) bir “**koruman**” (vasi, Betreuer) atanır (Alman MK § 1896).

“Vasi” (koruman), ilgilinin istemi üzerine atanır. Ehliyetsiz olan bir kişi vasi atanması isteminde bulunursa, bu istem de göz önüne alınır.¹⁷

Alman MK’na göre, ayırt etme gücünün yitirilmesi halinde tıbbi müdahaleler ve tedavi bakımından “**hastanın talimat vermesi**” de (Patientenverfügung, patient’s will) mümkündür (Alman MK § 1901a). Böyle bir durumda, vasinin “hastanın talimatı”na göre hareket etmesi gerekir. Talimatlar, tedavinin durumuna ve o andaki yaşam koşullarına göre değerlendirilir. Herhangi bir “hasta talimatı” yoksa, vasi, onun “tedaviyle ilgili arzularını ya da “farazi iradesi”ni (mutmasslicher Wille) bulmaya çalışır.¹⁸

Terapötik tedavi ve ameliyatlara için, sadece “koruman”ın izni yeterli olmayıp, ayrıca vesayet mahkemesinin onayı da gereklidir (Alman MK § 1904 No. 1)

b) Küçükler

Alman hukukunda, “küçükler”, “**ana babalarının gözetimi**” (elterliche Sorge) altındadır (Alman MK § 1626). Ana babanın, küçüğün şahsı ve malları bakımından özenle hareket etme yükümü mevcuttur. Bu bakımdan “yaşamın sonu aşaması”nda tedavinin kesilmesine ilişkin karar da, ana babanın çocuğa bakım ve gözetim ödevi içinde yer alır.¹⁹

¹⁷ Alman hukukunda “*korumanlık*” (vesayet, Betreuung) kavramı için bkz. *Anne Röthel*, Betreuung (rechtliche Fürsorge) für Erwachsene, in “Handwörterbuch des Europaischen Privatrechts”, (Hrsg.: Jürgen Basedow/Klaus J. Hopt/Reinhard Zimmermann), Band I, Mohr Siebeck, 2009, s 200 vd.

¹⁸ Bkz. *Diederichsen*, in Palandt, BGB § 1901a Rn. 26 vd ve BGB § 1904 Rn. 16 vd. Başka ayrıntılar için bkz. *Erwin Deutsch/Andreas Spickhoff*, Medizinrecht - Arztrecht, Arzneimittelsrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht, 6. Auflage, Berlin, 2008, Rn. 691 Ayrıca bkz. *Christian Berger*, Jauernig, Bürgerliches Gesetzbuch-Kommentar, 13. Auflage, München, 2009’da, §§ 1896-1908a, Anm. § 21.

¹⁹ Bkz. *Rakete-Dombek*, Nomos Kommentar, Bürgerlichesgesetzbuch-Familienrecht, (Hrsg.: Kaiser, Dagmar/Schnitzler, Klaus/Friedrich, Peter, Band 4’de: §§ 1297-1921, 2. Auflage, Baden-Baden, 2010, § 1926, Rn. 10 vd. Ayrıca bkz. *Anne Röthel*, Vormundschaft (rechtliche Fürsorge) für Minderjährige, “Handwörterbuch des Europaischen Privatrechts”, (Hrsg. Jürgen Basedow/Klaus J. Hopt/Reinhard Zimmermann), Band II, Mohr Siebeck, 2009’da, s. 1739-1741. Uygulamayla ilgili olarak Brandenburg Eyalet Mahkemesi (Oberlandesgericht) kararı için bkz., NJW 2000, s. 2361 vd.; Hamm Eyalet Mahkemesi (Oberlandesgericht) kararı için bkz. NJW 2007, s. 2704 et seq. Diğer ayrıntılar için bkz. *Balloff*, in Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation/Regulations of Civil Law to

2. Avusturya Hukuku

a) Küçükler

Avusturya hukukunda küçükler, **“ana babalarının bakım ve gözetimi”** (Pflegerchaft) altındadır (Avusturya MK §). Bu nedenle, ayırt etme gücü olmayan küçük bakımından tıbbi müdahaleler ve tedaviye ilişkin karar ana babası tarafından verilir (Avusturya MK §146c.1).²⁰

Ancak çocuğun ayırt etme gücü varsa, onun da düşüncesinin alınması gerekir (Avusturya MK § 146c.1).²¹

b) Ruhsal ve Zihinsel Bakımdan Engelli Yetişkinler ve Diğer Engelli Kişiler

Avusturya hukukuna göre, **ruhsal ve zihinsel bakımından engelli yetişkinlere ve diğer engelli kişilere** bir **“koruman”**ın (Sachwalter) atanması gerekir (Avusturya MK §§ 268, 273).²²

c) “Yaşamın Sonu Bakım ve Tedavisi”ne İlişkin Kararlar

Avusturya hukukunda, **“yaşamın sonu bakım ve tedavisi”**ne ilişkin kararlar konusunda aşağıdaki ayırım yapılabilir. Hasta, bir **“koruman”**ın gözetim ve bakımı altında ise, **“koruman”**ın rızası gereklidir. Buna karşı, **“koruman”** atanmasının söz konusu olmadığı durumlarda, rızasını açıklama yeteneği bulunmayan hastayla ilgili olarak, onun **“yakın hısımlar”**ıyla (naechste Angehörige) temas edilmesi öngörülmüştür (Avusturya MK § 284b). Yakın hısımlar içinde hastanın ana babası, ergin çocukları, evli eşi veya aynı evde üç yıldan beri birlikte yaşama koşuluyla partneri yer alır (Avusturya MK § 284c).

Yaşamın sonu bakım ve tedavisine ilişkin kararlarda, ayrıca, **“hastanın talimatları”**na (Patientenverfügung) ve **“sağlık konusuna ilişkin temsil yetkisi”** vermiş ise temsilcisinin görüşlerine başvurulur (Avusturya MK § 273).

Avusturya’da ayrıca 8 Mayıs 2006 tarihli bir **“Hastanın Talimatları Hakkında Kanun”** da (Bundesgesetz über Patientenverfügungen (PatVG) mevcuttur.²³

Safeguard the Autonomy of Parties at the Ende of Their Life – An International Documentation, (Hrsg.: Jochen Taupitz), Berlin-Heidelberg, 2000, Rn. D 106.

²⁰ Avusturya hukukunda **“özen ödevi”**yle (Obsorgepflicht) ilgili olarak bkz. *Fenyves/Kerschner/Vonkilch*, ABGB, 3. Auflage des von Heinrich Klang begründeten Kommentars, §§ 137-267, Wien, 2008, § 144, Nr 12. **“Özen ödevinin içeriği”** hakkında bkz. *Schwimmann*, ABGB Praxis Kommentar, 3., neubearbeitete Auflage, Band 1, §§ 1-284 ABGB, (herausgegeben von Michael Schwimmann/Bea Verschraegen), Wien 2005, § Nr. 144 Nr. 3 and § 145 Nr. 7.

²¹ Şüphe halinde küçüğün **“ayırt etme gücü”**nün bulunduğu kabul edilir (§ 146c. 1).Bkz. *Schwimmann*, ABGB Praxis Kommentar, § 146c Nr. 11. Ayrıca bkz. *Fenyves/Kerschner/Vonkilch*, ABGB, 3, § 146c Nr.2.

²² Avusturya hukukunda, **“koruman”** (Sachwalter) kavramı hakkında bkz. *Kozioł-Welser*, Bürgerliches Recht, Band I: Allgemeiner Teil, Sachenrecht, Familienrecht (bearbeitet von Andreas Kletečka), 13. Auflage, Wien, Manz, 2006, s. 565 vd. Ayrıca bkz. *Müller/Prinz*, Sachwalterschaft und Alternativen, Ein Wegweiser, nv Verlag; *Kozioł/Bydlinski/Bollenberger*, ABGB, Kommentar, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer Wien.New York.

²³ Bkz. *Bundesgesetz über Patientenverfügungen* (Patientenverfügungs-Gesetz-PatVG), 8 May 2006, BGBl.I, Nr. 55.

3. İsviçre Hukuku

İsviçre hukukuna göre, “ayırt etme gücü bulunmayan kişiler” ile “küçükler”in fiil ehliyeti bulunmadığından onları kanuni temsilcileri temsil eder (İsviçre MK m. 17 ve 19.1). Burada, aşağıdaki ayrımların yapılması yerinde olacaktır.

a) Vesayet Altına Alınmış Erginler

Bir kimsenin vesayet altına alınmasını gerektiren çeşitli nedenler mevcuttur. Bunlardan biri de, “ayırt etme gücü”nden yoksunluktur. “Ayırt etme gücü bulunmayan erginler”, kural olarak “vesayet” altındadır (İsviçre MK m. 369). Vasi, vesayet altındaki kişinin şahsını ve mallarını gözetmek ve korumakla yükümlüdür (m. 367.1).

Vesayet altındaki kişi, ayırtım gücüne sahipse, tıbbi müdahaleler ve tedavi konusunda kendisi karar verebilir. Burada, “**kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak**”ın (höchstpersönliche Rechte) kullanılması söz konusudur.²⁴

Vesayet altındaki ergin, ayırt etme gücünden yoksunsa, tıbbi müdahaleler ve tedavi konusunda kanuni temsilcisi olan vasinin kararı önem taşır. Ancak önemli durumlarda, vasi tarafından verilecek kararın **vesayet makamları** (Vormundschaftsbehörde) tarafından onaylanması aranır.²⁵

b) Küçükler

“**Küçükler**”, ergin olana kadar ana babalarının “**bakım ve gözetimi**” (elterliche Sorge) altındadır. Onların kanuni temsilcileri, kural olarak “ana babaları”dır.²⁶

(i) “Ayırt etme gücü bulunmayan küçükler”de, tıbbi müdahaleler bakımından kanuni temsilcilerinin kararı gereklidir. Ancak duruma göre, çocuğun menfaatlerinin korunması bakımından “vesayet makamları”nın müdahalesi söz konusu olabilir (İsviçre MK m. 307 1.ve 2.).

(ii) Ancak, “ayırt etme gücü” bulunan küçükler bakımından durum farklıdır. Bunlar, “sıkı sıkıya kişiye bağlı olan hakları” kullanabilirler (İsviçre MK m. 19.2). Bu nedenle “yaşam sonu bakım ve tedavi”ye ilişkin kararlarda sadece kanuni temsilcilerin rızası yeterli olmayıp, ayrıca küçüğün rızasının da alınması gerekir.

4. Türk Hukuku

1926 tarihli Türk Medeni Kanunu gibi 2001 tarihli yeni Türk MK da İsviçre Medeni Kanunu örnek alınarak hazırlanmıştır. Bu nedenle “ayırt etme gücü bulunmayan erginler” ile “küçükler”in hukuksal

²⁴ “Kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar” kavramı ve çeşitleri için bkz. *Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht*, Schweizerisches Zivilgesetzbuch I, Art. 1-39 ZGB (Hrsg.: H. Honsell/N.P. Voght/T. Geiger), Helbing & Lichtenhahn, 1996, Art. 19, Nr. 33 ve 401-41.

²⁵ İsviçre hukukunda vasi atanmasını gerektiren durumlar (İsviçre MK m. 370-372) ve vesayet makamları (vormundschaftliche Behörde, l’autorité tutélaire) için bkz. İsviçre MK 379 vd.

²⁶ Ana babasının velayeti altında olmayan her küçüğe bir vasi atanır (İsviçre MK m. 368). Böyle bir durumda, küçüğün kanuni temsilcisi vasisidir (m. 405)

durumları bakımından İsviçre hukukunun çözümleri büyük ölçüde Türk hukuku bakımından da geçerlidir.²⁷

a) Vesayet Altına Alınmış Erginler

aa- Vesayet Altına Alınmış, Ancak “Ayırt Etme Gücü Bulunan Erginler”

Erginler bakımından vesayeti gerektiren çeşitli nedenler mevcuttur (Türk MK m. 405-408). Vasi, kısıtlanmış kişiyi gözetmek, korumak ve işlerinde ona yardımcı olmakla yükümlüdür (m. 447). Vesayet altındaki kişi, görüşlerini oluşturma ve açıklama yeteneğine sahipse, vasi önemli işlerde ve özellikle tıbbi müdahaleler ile “yaşam sonu bakım ve tedavi” konularında karar vermeden önce vesayet altındaki kişinin görüşünü almakla yükümlüdür. Ayrıca, burada “kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak” söz konusu olduğundan, vesayet altındaki kimse bu hakkı bizzat kullanabilir.

bb- Ayırt Etme Gücünden Yoksunluk Nedeniyle Vesayet Altına Alınmış Erginler

Ayırt etme gücünden yoksunluk nedeniyle vesayet altına alınmış erginlerde (Türk MK 405) ise, tıbbi müdahaleler bakımından, kural olarak onların kanuni temsilcileri olan vasinin kararı aranır. Ancak “yaşam sonu bakım ve tedavi”ye ilişkin kararlar için sadece vasinin kararı yeterli olmayıp, ayrıca vesayet makamlarının onayı da gereklidir (Türk MK m. 397.1). Ayrıca, duruma göre, “ayırt etme gücü olmayan kişi”nin dinlenmesi de gerekir.²⁸

²⁷ 1923 yılında Türkiye Cumhuriyetinin kurulmasından sonra hukukun laikleştirilmesi ve çağdaşlaştırılması amacıyla 1926 yılında İsviçre MK ve diğer İsviçre kanunları alınmış; “yabancı hukukun gönüllü olarak benimsenmesi”yle, Türk hukuku, İslam hukuku çevresinden ayrılıp, Kara Avrupası hukuk grubuna katılmıştır. Türkiye’de “hukuk devrimi”, yabancı hukukun benimsenmesi ve benimseme olgusunun sorunları hakkında ayrıntı için bkz. *Ergun Özsunay*, Legal Science During the Last Century in Turkey, *Inchieste di diritto comparato*, “La Science du droit au cours du dernier siècle”, Padova, 1976, s. 695 vd.; *Ergun Özsunay*, The Total Adoption of Foreign Codes in Turkey and Its Effect, in “Le Nuove Frontiere del Diritto e Il Problema Dell’Unificazione”, Università degli Studi di Bari, Milano, 1979, Vol. II, s. 803 vd.; *Ergun Özsunay*, Some Remarks on the Amendments Proposed by the Preliminary Draft of the Turkish Civil Code, “Liber Memorialis François Laurent 1810-1887”, (Editors: J. Erauw/B. Bouckaert/H. Bocken/H. Gaus/M. Storme), E. Story-Scientia, Bruxelles, 1989, s. 605 vd.; *Ergun Özsunay*, Religious Fundamentalism: Turkish Experience, Universidade da Coruna, Nacionalismo en Europa-Nacionalismo en Galicia, La religion como elemento impulsor de la ideologia nacionalista, Simposio internacional celebrado en: Pazo de Marinan A Coruna, 4-6 Septiembre 1997, NINO Centro de Impresion Digital, 1997, s. 116 vd.; *Ergun Özsunay*, Karşılaştırmalı Hukuka Giriş (Introduction to Comparative Law), İstanbul, 1978, s. 269 vd.; *Ergun Özsunay*, Türkiye’de Yabancı Hukukun Benimsenmesi Hareketi İçinde Türk Medeni Kanunu’nun Anlamı ve Önemi (The Meaning and Importance of the Turkish Civil Code within the Movement of Adoption of Foreign Law in Turkey), İstanbul Üniversitesi, Mukayeseli Hukuk Enstitüsü, TMK’nun 50. Yıl Sempozyumu (Symposium for the 50th Anniversary of the TCC), İstanbul, 1976, s. 399 vd.

²⁸ Türk hukukunda *vesayet organları*, *vesayet daireleri* ile *vasi ve kayımlardır* (Türk MK m. 396). Vesayet makamı, *sulh hukuk mahkemesi*; denetim makamı ise, *asliye hukuk mahkemesidir* (Türk MK m. 397.2)

b) Küçükler

Türk hukukuna göre, ergin olmayan küçükler, kural olarak ana babalarının “velayet”i altındadır (Türk MK m. 335.1). “Velayet”, küçüğün şahsının (çocuğun bakımı, eğitimi, gözetimi gibi) ve mallarının korunması ve gözetimini içerir. Ana baba, aynı zamanda küçüğün kanuni temsilcisidir (m. 342).

aa- “Ayırt etme gücü bulunmayan” küçüklerde (çok küçük çocuklar) tıbbi müdahaleler bakımından kanuni temsilcinin rızası gerekli ve yeterlidir. Ancak, önemli durumlarda ve özellikle “yaşam sonu bakım ve tedavi” konusunda, çocuğun menfaatlerinin korunması için çocuğa bir kayyımın atanması (Türk MK m. 426) ve kayyımın kararına üstünlük tanınması yerinde olur. Oviedo Sözleşmesi Türk hukukunun bir parçası olduğundan, yaşına ve olgunluk derecesine göre, çocuğun dinlenmesi de gereklidir. Bu konuda Sözleşme hükümlerinin uygulanması gerekir (m.6.2).

bb- “Ayırt etme gücü”ne sahip küçüklerde tıbbi müdahaleler ve özellikle “yaşam sonu bakım ve tedavi” kararları bakımından sadece ana babanın rızası yeterli olmayıp, ayrıca Oviedo Sözleşmesine göre küçüğün de rızasının alınması gerekir (m. 6.2). Türk MK’na göre, ayırtım gücü bulunan küçüklerin “kişiyi sıkı sıkıya bağlı haklar”ı bizzat kullanabilecekleri de gözden uzak tutulmamalıdır (m. 16.1).

F. “Ehliyetsizlik Durumları İçin Sürekli Temsil Yetkisi ve Önceden Verilmiş Talimatlarla İlgili İlkeler hakkında Avrupa Konseyi bakanlar Komitesinin 2009/11 sayılı Tavsiye Kararı

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin 9 Aralık 2009 tarihinde kabul etmiş olduğu **“Ehliyetsizlik Durumları İçin Sürekli Temsil Yetkisi ve Önceden Verilmiş Talimatlarla İlgili İlkeler hakkında Avrupa Konseyi bakanlar Komitesinin 2009/11 sayılı Tavsiye Kararı** araştırma konumuzla ilgili olarak aşağıdaki çözümleri sunmaktadır:²⁹

1. “Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı” İlkesinin Özendirilmesi

Tavsiye Kararına göre, Devletler, ayırtım gücü bulunan erginleri müstakbel “ehliyetsizlik” (incapacity) durumları bakımından sürekli temsil yetkisi verilmesi konusunda özendirmeli ve böylece bireylerin **“kendi geleceğini belirleme hakkı”** (promotion of self-determination) ilkesini yaygınlaştırmalıdır (İlke 1).³⁰

a) **“Sürekli temsil yetkisi”** (continuing power of attorney), ayırt etme gücü bulunan bir ergin tarafından yapılan ve yetkiyi verenin “ehliyetsizliği” durumunda yürürlüğe girecek ya da varlığını sürdürecektir olan bir yetkilendirmedir (İlke 2 No. 1).

b) **“Önceden verilmiş talimatlar”** (advance directives) ise, ehliyetsizlik durumlarında ortaya çıkacak sorunlar için ayırt etme gücü bulunan bir ergin tarafından verilmiş bulunan talimatlar ve açıklanan arzulardır (İlke 2 No. 3).

²⁹ Recommendation on principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity, Committee of Ministers of the Council of Europe, 9 December 2009 (Recommendation CM/Rec(2009)11)

³⁰ Bkz. Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisinin “Hastaların Önceden Açıklanmış Arzularının Dikkate Alınması Suretiyle İnsan Haklarının ve Onurunun Korunması Hakkında 1993(2012) sayılı Tavsiye Kararı” (Parliamentary Assembly Recommendation 1993(2012) Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients).

2. Sürekli Temsil Yetkisi

Tavsiye kararına göre, Devletler, “ayırt etme gücü” bulunan erginlerin, herhangi bir kimseye sağlık sorunları dâhil ekonomik ve mali sorunlarla ilgili sürekli temsil yetkisi verebilmelerini özendirici önlemler almalıdır (İlke 3).

Sürekli temsil yetkisi, yetki verenin, rızasını açıklama yeteneğinden yoksun olduğu durumlar için amaca çok uygun bir çözümdür. Böylece, birçok ulusal hukukta, vekillik verenin ayırt etme gücünü yitirmesiyle vekâletin (Auftrag, mandate) sona ermesine ilişkin geleneksel, ancak amaca uygun olmayan çözümün üstesinden gelinmiş olunacaktır (Kar. Türk BK m.513).

a) Temsilcinin (Vekil) Atanması

Temsil yetkisi veren, uygun olduğunu düşündüğü bir veya daha fazla kişiyi temsilci (vekil) olarak atayabilir: Bunlara ayrı ayrı ya da birlikte hareket etme ve başkasını yetkilendirme talimatı verebilir (İlke 4).

b) Temsil Yetkisi Verilmesinin (Vekâlet) Biçimi ve Yetkinin Kaldırılması

Sürekli temsil yetkisi **yazılı biçime** tabidir. Bu belgede, temsil yetkisi verenin “ayırt etme gücünü yitirmesi” halinde de temsil yetkisinin varlığını sürdüreceğinin belirtilmesi gerekir (İlke 5).

Verilen yetki, her an geri alınabilir (İlke 6).

c) Yetki Verenin Fiil Ehliyetini Muhafaza Etmesi

Sürekli temsil yetkisinin yürürlüğe girmesi, yetki verenin hukuki ehliyetini ortadan kaldırmaz. Yetki veren, ayırtım gücü bulunduğu sürece rızasını açıklama yeteneğini muhafaza eder (İlke 9).

d) Temsilcinin (Vekil) Rolü

Sürekli temsil yetkilendirmelerinde, temsilci (vekil) yetkilerini, temsil olunanın yararına kullanmak zorundadır. Temsilci, olanaklar elverdiği ölçüde temsil olunanı bilgilendirmek ve ona danışmakla yükümlüdür (İlke 10).

e) Denetim

Sürekli yetkilendirmelerde, temsil olunan (yetkilendiren), temsilcinin gözetim ve denetimi için bir “üçüncü kişi”yi yetkilendirebilir. Devletlerin, gözetim ve denetimle hangi makamın yetkili kılınacağına ilişkin bir sistem üzerinde düşünmeleri gerekir (İlke 12).

3. Önceden Verilmiş Talimatlar

“**Önceden verilmiş talimatlar**” (advance directives), ayırtım gücü bulunan bir erginin, rızasını açıklayamayacağı durumlarda (ehliyetsizlik) ortaya çıkacak sorunlarla ilgili olarak vermiş olduğu talimatlar (istençler) ya da açıklamış bulunduğu arzulardır (İlke 2 No. 3).

a) Önceden Verilmiş Talimatların İçeriği

Önceden verilmiş talimatlar, bireyin, sağlık sorunları dâhil, ekonomik, mali ve kişisel sorunlarının tümü için verilebilir. Bir “koruman”ın (vasi) atanmasına ilişkin olabilir. Bunlar, herhangi bir formaliteye tabi olmaksızın her an geri alınabilir (ilke 17).

b) Önceden Verilmiş Talimatların Hükümü (Etkisi)

Önceden verilmiş talimatların bağlayıcı bir etkiye sahip olup olmayacağına; bağlayıcı olmayan talimatlara, önceden açıklanmış arzular gibi saygı duyulması gerektiğine ilişkin hususlar Devletler tarafından belirlenecektir (ilke 15).

c) Önceden Verilmiş Talimatların Biçimi

Önceden verilmiş talimatların **yazılı** biçime tabi olup olmayacakları veya kaydedilip edilmeyecekleri (kayıt) Devletler tarafından belirlenecektir (ilke 16).

G. Araştırmanın Sonuçları: Gözlemler ve Öneriler

Bu araştırmanın bizi ulaştırdığı sonuçlar ile tavsiye ve önerilerim aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

I. Yaşamın Sonu Bakımı ve Tedavisi

1. **“Yaşamın sonu bakımı ve tedavisi”**, tıbbi bir kavramdır. Bununla, yaşamın son aşamalarında bulunan ve ölüme yakın olan bir hastanın iyileştirilmesine ilişkin tedaviye son verilerek, onun acılarının hafifletilmesine ve huzur içinde ölmesine yönelik bir bakım ve tedavi tarzı anlaşılır.
2. İyileştirmeye yönelik bir tedavi olanağının ortadan kalkması halinde, her hastanın, arzu ederse, evinde ya da aile bireyleri ve dostlarıyla bir arada olabileceği bir yerde **“insan onuruyla ölme hakkı”** olduğu kabul edilmelidir.
3. Yaşamın sonu aşamasındaki bakım ve tedaviyle ilgili karar, **“tıbbi bir karar”**dır. Bu kararın, hasta veya hastanın temsilcisi ya da yakınlarıyla tam bir işbirliği ve danışma süreci içinde hekim tarafından alınması gerekir

II. Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı

“Kendi geleceğini belirleme hakkı” (self-determination), insan haklarına ve insan onuruna saygı bakımından en önde gelen haklardan biridir. Günümüzde, **“rızasını açıklayamayacak durumda bulunanlar”**ın (incapacitated, ehliyetsizler) korunması ve bireyin “kendi geleceğini belirleme hakkı”nın özendirilmesi yönünde güçlü bir akım mevcuttur.

Her hastanın, “kendi geleceğini belirleme hakkı”, tıbbi müdahale ve tedavi bakımından hastanın (aydınlanmış) rızasını gerekli kılar. Yaşamın sonu aşamasında da hastanın bakım ve tedavisiyle ilgili olarak, herkesin “kendi geleceğini belirleme hakkı”na saygı gösterilmesi gerekir: Bir hastanın, “yapılan tedavinin sonlandırılmasını isteme hakkı” (örneğin yaşam desteklerinin kesilmesi) olduğu gibi; “tedaviyi tümüyle reddetme hakkı” da mevcuttur: Bu haklar, **“kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar”**dandır (höchstpersönliche Rechte; rights strictly bound to person).

III. Hastanın Tıbbi Karara Katılımı

1. Genel Olarak: “Ayırt Etme Gücü Bulunan Hasta”lar

“Ayırt etme gücü bulunan hasta”nın, yaşamın sonu aşamasındaki bakım ve tedaviye ilişkin karara katılım hakkı mevcuttur.

2. “Ayırtım Gücü Bulunmayan” ya da “Rızasını Açıklama Yeteneği Kısıtlı Olan Hastalar”

Yaşamın sonu durumlarındaki bakım ve tedaviye ilişkin kararlarda **“ayırtım gücü bulunmayan” ya da “rızasını açıklama yeteneği kısıtlı olan kişiler”**in (incapacitated or restricted capacitated persons) durumunun özenli bir şekilde belirlenmesi gerekir:

Yukarıda açıklandığı gibi, akıl hastalığı, akıl zayıflığı ya da başka fiziksel nedenlerle engeli olan ve rızasını açıklama yeteneği bulunmayan kişiler normal olarak bir “vasi veya koruman”ın bakım, gözetim ve koruması altındadır. Aynı şekilde, henüz “ayırt etme gücü” bulunmayan küçükler de, ana babalarının bakım ve gözetimine (velayet) tabidir.

a) Rızasını Açıklama Yeteneği Bulunmayan Kişiler

Rızasını açıklama yeteneği bulunmayan kişiler bakımından yaşamın sonu bakım ve tedavisine ilişkin kararlara katılım konusunda kural olarak “vasi veya koruman”ın; küçüklerde ise “ana ve baba”nın rızası önem taşır. Bunlar, verilecek tıbbi karara hastanın kanuni temsilcileri olarak katılacaklardır.

aa- Ancak, kanımca yaşamın sonuna ilişkin durumlar bakımından sadece kanuni temsilcinin katılımıyla yetinilmemeli, ayrıca **vesayet makamlarının katılımı** da (onayı) aranmalıdır.

bb- Yaşamın sonu aşamasındaki bakım ve tedaviyle ilgili tıbbi karar alınırken, **“hastanın önceden vermiş olduğu talimat”**lara (advance directives; Patientenverfügung) ve **“önceden açıklanmış olan arzular”**ına (previously expressed wishes) üstünlük tanınmalıdır (Bkz. Oviedo Sözleşmesi, m. 9). Yukarıda belirtildiği gibi, bir kimsenin tedaviyi sonlandırma hakkı olduğu gibi; tümüyle reddetme hakkı da mevcuttur. Bu gibi talimat veya arzulara saygı duyulması gerekir.³¹

cc- Ayrıca, **“rızasını açıklamayacak durumda olan bir hasta”**nın da (incapacitated patient) olanaklar elverdiği ölçüde, yaşamın sonu aşamasındaki karara katılımı da sağlanmalıdır (Bkz. Oviedo Sözleşmesi, m. 6 No. 3).

³¹ Karş. Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisinin *“Hastaların Önceden Açıklanmış Arzularının Dikkate Alınması Suretiyle İnsan Haklarının ve Onurunun Korunması Hakkında 1993(2012) sayılı Tavsiye Kararı”* (Parliamentary Assembly Recommendation 1993(2012) Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients)).

b) Küçükler

Kanımca, küçükler bakımından bir ayırım yapılması amaca uygun olacaktır:

aa- **Küçük velayet altında bulunmakta ise** (İsviçre MK 296; Türk MK 335) sadece **ana babasının rızasıyla** yetinilmemeli, yaşamın sonuna ilişkin bakım ve tedavi konusunda aileye ve çocuğa yardımcı olmak üzere bir **“kayyım”** (Beistand, curateur) atanmalıdır. Yaşamın sonu aşamalarındaki bakım ve tedaviyle ilgili olarak her durumda çocuğun tıbbi karara katılımı gerçekçi bir yaklaşım değildir (Karş. Oviedo Sözleşmesi, m. 6 No. 3). Yaşamın anlamı ve ölüm olgusu hakkında herhangi bir fikri olmayan bir çocuğun bu sürece dâhil edilmesi çocuğun ruhsal yaşamı bakımından katlanılması ağır bir yük teşkil edecektir. Bu nedenle, sosyal yardımcı ve psikolog bir “kayyım”ın atanması halinde, hem çocuk; hem de ana babası bakımından bu yükün önemli derecede hafifletilebileceği kanısındayım.

bb- **Küçük velayet altında olmayıp, “vesayet” altına alınmış ise** (İsviçre MK m. 368; Türk MK m. 404), yaşamın sonuna ilişkin bakım ve tedavi konusunda, kanımca, sadece vasiinin kararı ve izniyle yetinilmemeli; ayrıca **vesayet makamlarının** da sürece dâhil edilmesi sağlanmalıdır.

IV. Önceden Verilmiş Talimatlar ve Sürekli Temsil Yetkisi

Yaşamın sonu aşamasındaki bakım ve tedavide, hastanın önceden vermiş olduğu talimatlar, açıklanmış olan arzular ve özellikle sağlık sorunlarıyla ilgili olarak yapmış olduğu yetkilendirmeler (sürekli temsil yetkisi) önemli bir rol oynar.

1. Önceden Verilmiş Talimatlar

Yukarıda açıklandığı gibi, **“önceden verilmiş yazılı talimatlar”** (advance directive) bir kimsenin sağlığıyla ilgili bağlayıcı kurallardır. Bunların ve hastanın önceden açıklanmış arzularının yaşamın sonu aşamasındaki hal ve şartlara göre değerlendirilmesi ve tıbbi kararın söz konusu değerlendirmeler üzerine alınması gerekir.

2. Sürekli Temsil Yetkisi

Yukarıda açıklandığı gibi, **“sürekli temsil yetkisi”** (continuing or durable power of attorney) yetkilendirenin “rızasını açıklayamayacağı durumlar”da yürürlüğe giren ya da yürürlükte kalan bir yetkilendirme (vekâlet, mandate) olup, yaşamın sonu aşamasına ilişkin tıbbi kararın verilmesinde hekime büyük ölçüde yardımcı olur. Böyle bir durumda, hekim, hastanın temsilcisinin (vekil) görüşünü almakla yükümlüdür. Hastanın temsilcisinin hekimle olan ilişkilerinde, temsilcinin hastanın yararına hareket etmesi, onun geçmişteki ve güncel arzu ve isteklerini hekime doğru bir şekilde iletmesi gerekir. Ayrıca, sürekli temsil yetkisi verilmiş olmasına karşın, rızasını açıklayabilecek durumda olduğu sürece, hastanın da tıbbi karar sürecine katılması her zaman mümkündür.

Görüldüğü yeni gelişmelerle, yaşamın sonu aşamasındaki bakım ve tedavi konusunda verilecek tıbbi karara ilişkin çeşitli güçlüklerin üstesinden gelebilmek mümkün olacaktır Bu konuda, bireyin **“kendi geleceğini belirleme hakkı”** ve **“irade özerkliği”** (autonomy of the person) ilkeleri çerçevesinde, bir yandan sağlıkla ilgili **“önceden talimat verme”** ve **“arzularını açıklama”** düzenlerinin geliştirilmesi; öte yandan da yaşamın sonu durumlarındaki tıbbi kararlar ilgili olarak hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının izleyecekleri bir **kılavuzun** oluşturulması çetrefil ve çok boyutlu sorunların çözümüne önemli ölçüde kolaylık sağlayacaktır. Avrupa Konseyinde DH-BIO, bu amaçla bir **Kılavuz** (Guide)

hazırlamış olup, halen görüşülmekte olan Kılavuz yakın bir gelecekte ilgili çevrelerin kullanımına sunulacaktır.³²

Kısaltmalar:

ABA: American Bar Association; AD: Advance Directive (Önceden Verilmiş Talimatlar); Alman MK: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Alman Medeni Kanunu; Art., Article: Madde; Avusturya MK: Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), Avusturya Medeni Kanunu; BGBl. : Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (Avusturya Cumhuriyeti Resmi Gazetesi);DNR: Do Not Recussitate; Hrsg.: Herausgeber (Editör); İsviçre MK: Zivilgesetzbuch (ZGB) 10 Aralık 1907 tarihli çeşitli değişiklikler yapılmış İsviçre Medeni Kanunu (ZGB); Karş.: Karşılaştırınız; m.: Madde; NJW: Neue Juristische Wochenschrift; No.: Sayı; s.: sayfa; Rn.: Randnote (Kenar Notu); Türk MK: 22 Kasım 2001 tarihli ve 4721 sayılı yeni Türk Medeni Kanunu

³² Bkz. "Preliminary draft "Guide" concerning the decision-making process regarding medical treatment in the end of life situations", DH-BIO (201227 Restricted)

Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli? Ne Zaman Sonlandırılmalı?¹

Öğr. Gör. Dr. Aslıhan Akpınar^a, Prof. Dr. Nermin Ersoy^b

aslyakcay@yahoo.com, n.ersoy@yahoo.com.tr

^aHacettepe Biyoetik Merkezi, ^bKocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

İnsanlık tarihi kadar uzun bir tarihe sahip olan tıp pratiği gerçekte ölümsüzlük arzusunun tezahürüdür. On yedinci yüzyılda modern bilimin temellerinin atılması sürecinde Francis Bacon bilimsel tıbbın en büyük hediyesinin yaşamın uzatılması olduğunu söylemiştir. Bununla beraber teknolojik açıdan geldiğimiz noktada, ölümsüzlük arzusunun ve modern tıbbın bu hediyesinin mantıklı sonucu, mümkün olan her şey yapılmadan kimsenin ölmesine izin vermemektir. Ölüm artık bir sonuç değil aylar bazen yıllar süren bir süreç haline gelmiş ve ölümün gerçekleştiği yer değişmiştir. Bu da artık ailemiz ve akrabalarımızdansa yabancıların yanında, sadece hastanede değil aynı zamanda yoğun bakımda ölmemiz gerektiği anlamına gelebilmektedir [1,2].

Oysa İ.Ö. 4. yüzyıla tarihlenen Hipokrat Külliyyatında tıbbın gücünün sınırlarından ve tedavinin sınırlandırılması şeklinde okunabilecek “hastalıkları tarafından zaptedilmiş olanları, bu tür durumlarda tıbbın elinden bir şey gelmeyeceğinin farkında olarak, tedavi etmeyi reddetmek”ten söz edilmektedir [3]. Bununla birlikte, Anglo Amerikan kültüründe yaşamı korumak için kahramanca çabalardan kaçınmak konusunda açık seçimler yapma istekliliğinin tarihi en çok 35 yıl geriye- Karen Quinlan vakası (1976) ve President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research raporuna (1983)- götürülebilir [4]. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada ve Avrupa’da yapılan çalışmalarda yoğun bakımlarda ölümlerin %70’den fazlasının tedavilerin sınırlandırılması sonucu ortaya çıktığı bildirilmektedir [5-8]. Doğu’da ise daha geç de olsa yaşamı destekleyen tedavilerin (YDT) sınırlandırılması kararları bildirilmeye başlanmıştır. Örneğin Hong Kong’da [9] yoğun bakımda ölümlerin %59’unun tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması sonucu, İsrail’de %91’inin tedavilerin esirgenmesi sonucu meydana geldiği bildirilmiştir [10]. Ülkemizde ise anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin %66’sının canlandırmama emri verdiği [11]; yenidoğan hekim ve hemşireleriyle yapılan bir çalışmada %40’ının tedavi esirgeme kararı verdiği bildirilmiştir [12]. Son olarak yenidoğan hekim ve hemşireleriyle yapılan ve ülkemizi en iyi yansıttığı düşünülen bir doktora tezinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerinin %58’inin tedavi esirgeme, %56’sının tedavi sonlandırma kararı verdiği bulunmuştur [13]. Sınırlı sayıda da olsa bu çalışmalar “Yaşam desteğini sınırlandırmak: Dünya çapında bir uzlaş mı?” [4] sorusuna olumlu yanıt vermeyi mümkün kılar.

Dünyada başlıca ölüm nedenleri arasında bulunan kanser, Türkiye’de 1990’dan itibaren ölüm nedenlerinde ikinci sıraya yükselmiştir. Önemli sayıda kanser hastası yoğun bakım ünitesi gibi yüksek teknolojiyle donanmış ve kişisel olmayan bir çevrede uzamış bir ölüm sürecine maruz kalmakta, özellikle ülkemizde çok azı karar sürecine katılmaktadır [14,15].

Yaşamı destekleyen tedavi kararlarında hasta ve ailesine yardım etmek kanser hastalarıyla çalışan uzmanların temel becerilerinden biridir. Bir onkoloji uzmanı uygulamaya yönelik pratik konular kadar konunun etik ve yasal boyutlarını da anlamalıdır [14].

Bu bağlamda onkoloji hastaları da dâhil tüm hastalarda yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılmasının hangi durumlarda etik açıdan haklı çıkarılabileceğini tartışmak önem taşır.

¹ Bu makale 2012 yılında Türk Onkoloji Dergisi’nde yayınlanmış olup (Türk Onk. Derg 2012;27(1):37-45) editör izniyle burada aynen tekrar basılmıştır.

Bu makalenin amacı yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılmasının etik açıdan uygun olduğu durumları belirlemektir. Hastanın tercihleri, orantılılık ilkesi, yaşamın kalitesi, nafile tedavi ve triyaj başlıklarında tedavinin esirgenmesi ve tedavilerden vazgeçilmesi/geri çekilmesi/sonlandırılmasının haklı çıkarılabildiği hatta çoğunlukla etik gereklilik olduğu durumlar etik gerekçeler ve ilgili etik kodlar çerçevesinde tartışılacaktır.

ETİK KONULAR

Temel olarak yaşamı destekleyen tedavileri sınırlandırma kararları *tedaviyi esirgemek* (withholding) ve *tedaviyi sonlandırmak* (geri çekmek/vazgeçmek/withdrawing) olarak iki şekilde gerçekleşir. Türkçe sözlükteki anlamları değerlendirilerek withholding esirgemek sözcüğüyle, withdrawing ise sonlandırmak/vazgeçmek ve geri çekmek sözcükleriyle karşılanmıştır [16]. *Tedaviyi sonlandırmak* yaşamı desteklemek amacıyla başlanmış olan fakat artık ölüm sürecini uzattığı düşünülen tedavilerden vazgeçmek olarak nispeten daha kolay tanımlanır. Genellikle mekanik ventilasyon veya vazoaktif ajanların uygulanması gibi tedavilerle ilgilidir. Diğer taraftan tedaviyi esirgemek bir müdahalenin yapılmaması veya tedavi edici bir arttırma yapılmaması anlamına gelir. En bilinen tedaviyi esirgeme örneği canlandırmama emridir [17].

Tedaviyi sonlandırmak ve esirgemek arasında etik açıdan bir fark olup olmadığı konusu çok fazla tartışılmıştır. Tıbbi yararsızlığı bilinen tedaviyi sonlandırmak ve esirgemek arasında etik ve ahlaki açıdan bir fark bulunmamakla birlikte [18] genel olarak sağlık çalışanları ve aile üyelerinin başlanmış bir tedaviyi sonlandırmayı tedaviye başlamamaktan daha kolay kabul ettiği bildirilmiştir [19, 20]. Bununla birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalarda aile üyeleri ve sağlık çalışanlarının tedaviyi sonlandırmayı da tercih ettikleri bildirilmektedir [21,22].

Yaşamı Destekleyen Tedavilerin sınırlandırılması iki taraflı bir karardır. Bu nedenle bu kararları (a) karar verme kapasitesine sahip olan hasta (veya karar verme kapasitesine sahip olmayan hastanın vekili veya önceden bildirdiği tercihleri) ve (b) hekim açısından ele almak uygun olacaktır.

1. Hasta Açısından Yaşamı Destekleyen Tedavi Kararları

1a) *Tedaviyi Reddetmek*

Hasta açısından değerlendirildiğinde kendi hakkında karar verme hakkına sahip olan hasta, değerleri ve beklentileri doğrultusunda yarar / yük olarak neyi kabul edeceğini, ne tür bir yaşam kalitesini katlanabilir bulacağını belirleme hakkına sahiptir. Bu nedenle hasta ya da vekillerinin olası tedaviyle sunulacak ne kadar yarar için ne kadar sıkıntıyı göze alabileceklerine karar verebilmelerine olanak tanınmalıdır [23].

Özellikle kanser hastalarında kötü haberin verilmesi oldukça hassas bir konu olduğundan hastanın karar sürecine katılmasında sorun yaşanabilmektedir. Örneğin ülkemizde kanser hastalarıyla yürütülen bir çalışmada hastaların %92'si hekimin kendilerini tanı ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmesi gerektiğini, %43'ü de tedaviyi reddetme hakkı bulunduğunu bildirmişken [24] onkoloji uzmanlarının kanser hastalarına tanıyı söylemediği, dolayısıyla hastaların karar sürecine katılmadığı da bildirilmektedir [25].

Oysa hastanın temel haklarından biri uluslararası ve ulusal mevzuat ile üstün şekilde korunan aydınlatılmış ret hakkıdır. Aydınlatılmış Onam aynı zamanda aydınlatılmış ret anlamını da taşır ve aydınlatılmış, karar verme hakkına sahip olan hastanın özgürce tedaviyi reddetmesi hakkı bulunmaktadır [26].

Örneğin 1997 yılında imzaya açılan ve ülkemizde 2003 yılında 5013 nolu kanunla onaylanan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 5. Maddesi'nde *"Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir... İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir."* [27] ifadesi bulunmaktadır.

Ekim 1983'te yayınlanan Venedik Bildirgesi'nde *"Hekim, ölümcül hastalığın son dönemindeki bir hastada hastanın rızası –hasta kendi isteğini açıklayamıyorsa en yakın akrabasının kararı-ile tedaviyi keserek hastanın acısını dindirebilir..."* ifadesi, Dünya Tıp Birliği (DTB)'nin Eylül 1992'de yayınlanan Hekim Yardımlı İntihar İçin Tutumu'nda *"... Hastanın tedaviyi reddetmesi temel bir haktır ve hekimin hastanın bu arzusuna hürmet etmesi ölümüne neden olsa bile etik olmayan bir davranış sayılmaz"* ifadesi yer almaktadır [28, 29].

Ülkemizde ise hastaların başlanmamış tedaviyi reddetme veya başlanmış tedaviyi sonlandırma hakları Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)'nin 25. maddesinde *"... Hasta, kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir..."* ifadesiyle vurgulanmıştır [30].

Bunun yanında Türk Tabipleri Birliği'nin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge'sinde de bireyin yaşamı destekleyen tedavileri esirgeme ve sonlandırma hakkı özellikle vurgulanmıştır [31].

Ölüm sürecini hızlandırmadan ama geciktirmeden de kanser hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan Ulusal Palyatif Bakım Programı'nda da tedaviyi ret hakkı vurgulanmış, yaşamın son döneminde yapılacaklar için hastanın "canlandırılmama isteği" gibi haklarından haberdar edilmesi gereği bildirilmiştir [32].

Dolayısıyla müdahale aydınlatılmış ve özerk bir hasta veya vekili tarafından reddedildiğinde, bakım veren hekim tarafından yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması etik açıdan uygun, hatta gereklidir.

1b) Yaşayan Dilek veya Tıbbi Vasiyet

Tedavi edilemez bir hastalığın ve ölüm sürecinin zorlukları daha önce yeterli olan bireyin karar verme kapasitesini bozabilir. Yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin bireyin kişisel tercihlerini, dolayısıyla kendi hakkında karar verme hakkını korumanın en iyi yolu karar verme kapasitesinin ortadan kalkacağı durumlar için önceden istek bildirme şeklinde tanımlanabilecek olan tıbbi vasiyettir [31, 33].

Ülkemizde tıbbi uygulamalarda çok tanıdık bir kavram olmamakla birlikte [34] İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. maddesi *"müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri gözönüne alınmalıdır"* ifadesiyle tıbbi vasiyeti güvence altına alır. Ayrıca Türk Tabipleri Birliği'nin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge'sinde de tıbbi vasiyet başlığı altında bireyin tedavileri reddetme ve durdurulmasını isteme hakkı ve koşulları ele alınır [31]. Tıbbi vasiyetin en etkili şekilde uygulamaya aktarılması için özellikle ilgili uzmanlık derneklerine iş düşmekteyse de hekim, aile üyeleri ve arkadaşları tarafından bireyle tutum ve tercihleri konusunda iletişim kurmak da önemli bir adımdır [33]. Bu adım, palyatif bakım programında da vurgulanmakta onkoloji hastanın yaşamın sonu kararlarına yönelik yaşayan dilek bırakma hakları konusunda bilgilendirilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir [32].

Onkoloji hastalarında özellikle resüsitasyon, mekanik respirasyon, kemoterapi ve radyoterapi, diyaliz, majör cerrahi, yapay beslenme seçenekleri, hatta basit tanı testleri ve antibiyotik kullanımı hakkındaki tercihleri tartışmak onkoloji uzmanlarına rehberlik edebilecek yararlı bilgiler sağlayacaktır [35].

Dolayısıyla hastanın önceden bildirdiği isteklerini yaşama geçirmek sağlık çalışanlarının etik yükümlülüğüdür. Bu isteğe dayanarak bakım veren hekim tarafından yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması etik açıdan uygun hatta gereklidir.

Yukarıda söz edilen iki durum tedavilerin esirgenemesi ve sonlandırılması açısından gerekli düzenlemelerin ve etik kodların mevcut olduğu, tedavileri sınırlandırmanın en sorunsuz şekilde gerçekleştiği durumlardır. Ancak; her zaman hastanın kararlarını bilmek mümkün olmayabilir. Hasta karar verme kapasitesine hiç sahip olmamışsa, ilerisi için bıraktığı bir istek bulunmuyorsa veya vekil karar vericiler hastanın en iyi yarını gözetecek kararlar vermiyorsa tedaviyi sonlandırma ya da esirgeme kararlarının sağlık çalışanları tarafından verilmesi gerekebilir. Bu konuda özellikle tıbbın amaçları ve orantılılık ilkesi çerçevesinde nafilelik ölçütleri ve yaşamın kalitesinin değerlendirilmesi sağlık çalışanlarının kararlarında yol gösterici olabilmektedir.

2. Hekim Açısından Yaşamı Destekleyen Tedavi Kararları

2a) Orantılılık İlkesi:

Orantılılık ilkesine göre tüm tıbbi kararlar için tedavinin yarar ve sıkıntılarının orantılanması esastır ve günlük uygulamalarda yarar / yük oranlarını hesaba katma anlayışının, yaşamı korumakla ilgili mutlak ödev anlayışının yerine geçmesi önerilmektedir [23]. Özellikle yaşamı destekleyen tedaviler söz konusu olduğunda tedaviyle hastaya vaat edilen yararlarla birlikte, müdahaleye eşlik edecek sıkıntılar da değerlendirilmelidir. Çünkü yaşamı uzatmak her zaman hastaya yarar sağlamayabilir [36].

Ülkemize ait istatistikler bulunmamakla birlikte örneğin ABD’de kanser hastalarının %20’si kadar yüksek bir oranının ölümünden önceki iki haftada da kemoterapi aldığı, dolayısıyla onkoloji uzmanlarının ölüme çok yakinken dahi ölümcül komplikasyonlar ile çok az iyileşme veya sağ kalım umudu sağlayan aşırı agresif tedavilere devam ettiği bildirilmiştir [37]. Oysa kanser tedavisine eşlik eden yan etkilerin ağır külfeti göz önüne alındığında onkoloji uzmanının hastanın tedaviyle elde edeceği faydayı tarafsızca tartma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Bununla birlikte, özellikle yaşamın sonunda yetersiz bir hasta için yarar ve yükleri dengelemek zordur; eğer hasta yaşamı boyunca değerlerini ifade edecek yeterliliğe sahip olmamışsa bu daha da zordur. Ancak prensipte, yükler hasta için yararlardan çok daha ağırsa tedaviye başlamama ya da sonlandırma kararları haklı çıkarılabilmektedir [18]. Eğer bir tedavi fonksiyon kaybına, sakatlığa ya da orantısız şekilde ağrıya sebep olacaksa hekimin bu tedaviyi uygulama yükümlülüğü bulunmamaktadır [21, 38]. Orantılılık ilkesi bağlamında fayda ve zarar olarak neyin hesaplanacağını Fletcher ve Davis ayrıntılı olarak şöyle tanımlar:

“Tedavinin iki tür faydası hastanın esenliğini artırabilir: (a) sağlık faydaları - pozitif ve ölçülebilir şekilde hastalığın tedavi edilmesi, durdurulması veya hastalığın, durumun, semptomların ve acının azalması; (b) yaşam kalitesi faydaları - hastanın yaşamına hem hasta hem diğerleri tarafından tatmin edici bulunan günler veya aylar eklenmesi.

Tedavinin iki tür külfeti hastanın esenliğini azaltabilir: (a) Tedavi ölçülebilir bir fayda sağlamadığında ve artmış ağrı, acı ve güçsüzlüğü sürdürdüğünde; (b) Tedavi hastanın yaşam kalitesini baskıladığında [2].”

Bu bağlamda hekimin, yetersiz bir hasta için getireceği yararın katlanmak zorunda olduğu yüklerden çok az olduğu sonucuna vardığı, hastaya zarar verecek olan veya vermekte olan YDT leri esirgemesi ve sonlandırması etik açıdan uygundur hatta hekimin yükümlülüğüdür [2].

2b) Yaşamın Kalitesi:

Rehabilitasyon gibi pek çok tıbbi tedavinin genel amacının yaşamın kalitesini artırmak olmasının yanında tıbbın amaçlarının çoğu da kişilerin yaşam kalitesini artırmaya hizmet etmektedir. Dolayısıyla tüm tıbbi önlemlerin amacı yaşam kalitesini düzeltmek, sürdürmek ya da yükseltmektir [36, 39]. Yaşam kalitesi değerlendirmesi kaliteli kanser bakımının da önemli bir parçasıdır [40].

Bununla birlikte; yaşamı destekleyen tedavileri sonlandırma kararlarında hastanın “yaşam kalitesini” hesaba katıp katmama modern tıbbın temel ahlaki sorunlarından biridir. Yaşam kalitesi anlayışı her bireyin değerleri, inançları, deneyim ve beklentileriyle ilişkili olarak farklı olacağından tek bir “yaşam kalitesi” tanımı yapmak mümkün değildir ve hasta adına bir başkası yaşam kalitesi değerlendirmesi yaptığında kendi değer veya tutumlarına göre karar vereceği düşünüldüğünden rahatsızlıklar yükselir. Ancak, tıbbın ölümü geciktirme kapasitesinin gelişmesi neticesinde uzatılan yaşamların bu hastalar tarafından yaşanmaya değer bulunmayabileceği ve yaşamı destekleyen tedavilerle ilgili verilecek kararlarda gözetilecek olanın hasta için arzu edilen yaşam kalitesi olup, o yaşamın başkaları veya toplum için kalitesi ya da değeri olmadığı unutulmamalıdır [18, 23, 36, 41].

Bu bağlamda bireyin fiziksel, sosyal ve zihinsel fonksiyonlarının yeterliliği ve hastanın yaşamını bağımsız sürdürebilmesi anlamına gelen yaşam kalitesi [23] yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması sürecinde değerlendirildiğinde;

Değer ve tercihleri hakkında bilgi sahibi olunamayacak kişiler için karar vermede yaşam kalitesinin bir ölçüt olarak kullanılmaması gerektiği konusunda görüşler olmakla beraber, böyle kararlar vermemek -kronik bitkisel yaşamın sürdürülmesi durumunda olduğu gibi- kişileri karar verme kapasitesi olan makul kişilerin seçmeyeceği, insan onuruna aykırı, acı ve sıkıntı dolu bir yaşamı yaşamaya zorlayabilmektedir [18, 23, 36, 39].

Örneğin önceden tespit edilebilir bir terminal dönemi olduğundan kanser hastalığı, “iyi ölüm” seçeneği sunsa da pek çok hasta iyi kontrol edilememiş semptomlar ve acı içinde külfetli ve yaşam kalitesini azaltan agresif tedaviler alarak ölmektedir [37, 42].

Jonsen ve arkadaşları, özellikle yaşamın sonunda yaşamın değeri ile karışmasını önlemek amacıyla, ‘objektif ölçütler’ olarak şu iki ölçütü öne sürerler: (a) Bir gözlemcinin (hekim ya da aile üyesi) genel fiziksel durumu iyileşmektense kötüleşen, diğerleriyle iletişim kurma yeteneği aşırı şekilde sınırlanmış ve rahatsızlık ve ağrı içinde değerlendirdiği bir hastayı tanımlayan “minimal yaşam kalitesi” ve (b) Hastanın duygusal ve entelektüel aktivitelerinin tam ve geri dönüşsüz kaybı kadar aşırı fiziksel engellerle sınırlandığı bir durum için uygun olan “minimalin altındaki yaşam kalitesi”. Hatta bu son durumun, böyle bir durumdaki kişinin değerlendirme yapması da mümkün olmadığından, “kaliteye sahip olmamak” olarak tanımlanabileceği de öne sürülmüştür. Örneğim kalıcı bitkisel hayattaki kişiler [39].

Bu iki ölçüt de makul bir kişinin yaşamak istemeyeceği türden yaşamları niteler ve böyle hastalarda YDT esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan haklı çıkarılabilmektedir.

2c) Nafile tedavi:

Nafile terimi “akıl yürütme ve deneyimle yüksek ihtimalle mümkün görünmeyen ve sistematik olarak üretilmeyecek olası bir sonuca ulaştıracak herhangi bir çaba” olarak tanımlanmıştır [43]. Türkçede ise yararsız, boşuna, boş yere, işe yaramayan anlamına gelmektedir [16].

Tıbbi yararsızlık ölçütü olarak hastanın anatomik, fizyolojik ve kimyasal yapısıyla ilgili olan *etkinlik* terimi ile hastanın rahatı, refahı, genel sağlık düzeyi ve yaşam kalitesiyle ilgili olan *fayda* terimi ayrı olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla bu nicel ve nitel yaklaşımların kullanılması bazı anlam farklılıkları yaratmaktadır [23, 43].

Nitel yaklaşımla nafilelik hekimlerin kişisel deneyimleri, meslektaşlarıyla paylaştıkları deneyimler ve rapor edilmiş empirik verilerin değerlendirilmesiyle son 100 vakada işe yaramamış olduğu sonucuna vardıkları müdahaleler olarak tanımlanmıştır [43]. Bu anlamda nafilelik fizyolojik yararsızlık olarak da adlandırılabilir [33]; Nitel yaklaşımla ise örneğin yalnızca kalıcı bilinçsiz durumu sürdüren ya da yoğun bakıma tamamen bağımlı olmaya son vermeyen tedaviler yararsız yani nafile olarak adlandırılmıştır [43]. Tedavinin nafileliği tıbbın amaçları açısından değerlendirildiğinde de nitel yaklaşımla benzer sonuç ortaya çıkmaktadır. Yani önerilen ya da planlanan tedavi tıbbın amaçlarından herhangi birinin başarılmasına imkân vermiyorsa tedavi nafile olarak kabul edilmektedir [39].

Görüldüğü gibi nafile tedavi, orantılılık ilkesi ve yaşam kalitesinin aksine hastanın en az söz sahibi olduğu alandır. Uluslararası ve ulusal etik kodlarda da bu özellik göze çarpar. Venedik Bildirgesi'nde (1983) de olağandışı tedaviler ve nafile tedaviyle ilgili olarak: "Hekim hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak olan ve olağan olmayan yöntemler uygulamaktan kaçınmalıdır" maddesi bulunmaktadır [28]. Ülkemizde hekimlik meslek Etiği Kurallarının 30. Maddesi de "Hekim... hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez" ifadesiyle nafile tedavi önermeme ödevinden söz etmiştir [44]. Bu bağlamda onkoloji uzmanı hastaya tıbbi fayda sağlamayan buna karşılık hem hastaya hem topluma yük getiren agresif tedavileri teklif etmemeli nafile bir tedavi seçeneğiyle hasta ve ailesini ikilemde bırakmamalıdır.

Sonuç olarak hekim tarafından nicel veya nitel yaklaşımla bir tedavinin nafile olduğu yargısına varıldığında, bu tedavinin esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan uygundur. Hatta bunun aksine davranmak kaynakların adil paylaşılması ödevinin ihlali yanında profesyonel bütünlüğe de aykırıdır [33].

2d) Triyaj:

Yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin kararlara yönelik yukarıda söz edilen etik ilke ve ayrımlar kaynak sınırlılığı söz konusu olmadığında da geçerlidir. Ancak; artan ihtiyaçlar, giderek fiyatları yükselen ve alanı genişleyen tıbbi uygulamalar ve sınırlı kaynaklar, bu durumlar dışında da tedavilerin sonlandırılmasına yönelik kararlara düşünmeye zorlamaktadır. Kararlar tam bir kıtlık sebebiyle (yoğun bakım yataklarının tamamının dolu olması) veya bir uygulamanın maliyetinin beklenen faydalara oranla çok yüksek olması gibi iki seçenek arasında tercih yapma zorunluluğu sebebiyle alınabilmektedir [38].

Temel olarak kaynakların sınırlılığı durumunda bu kaynakların etkin kullanımını sağlamak amacıyla hastalar arasında seçim yapmak anlamına gelen *triyaj* terimi, tıpta hastalığın değerlendirilmesi ve aciliyete dayanarak bir hasta için, en uygun yeri belirlemek için kullanılan bir yöntemi ifade eder. Triyajın amacı ulaşılabilir tıbbi kaynakları mümkün olduğunca etkin ve verimli kullanmaktır. Geleneksel ve çağdaş anlamında triyajın temel öncülü "en fazla sayı için en fazla iyiyi yapmaktır". Bunun için triyaj kararları sosyal yaradansa tıbbi yararı gözetir [18, 45].

YBÜ kaynaklarının triyajı: Hasta bireylerin ve hekimlerin kararlarını sınırlandırabilen yoğun bakım hastalarının triyaj kararlarında dikkate alınan en önemli konu sağ kalım ve fonksiyon olarak hastanın beklenen sonucudur ki bu hastanın tıbbi durumuna bağlıdır. Genel olarak prognozu iyi olan hastaların prognozu kötü olan hastalara oranla önceliği bulunmaktadır. Eşit prognozu olan hastalar arasında verilecek karar ilk gelene ilk hizmet şeklinde olmaktadır. Prognozu kötü olan ve YBÜ den yarar olasılığı az olan hastaların ya da YBÜ bakımı olsun olmasın iyi olacak hastaların yoğun bakıma kabul edilmemesi gerekmektedir.

Triyaj kararları için fayda ve yararlılığı belirlemede göz önüne alınması gereken faktörler şunlardır: Başarılı sonuç olasılığı, hastalığına bağlı olarak hastanın yaşam beklentisi, hastanın beklenen yaşam kalitesi, hasta ya da vekilin istekleri, etkilenenlere yükü -ki bu finansal ve psikolojik maliyeti ve diğer hastaların tedavisi için kaçırılan fırsatları içerir, toplumun sağlık ihtiyaçları ve diğer ihtiyaçları. Triyaj

kararları hasta ya da vekilinin onamı olmaksızın verilebilir. Triyaj kararlarının açıklanması, hastalar, vekilleri ve hekimler arasında iletişim, anlayış ve işbirliğini sağlamaya yardımcı olabilmektedir. Genel kural, YBÜ'de yatan ve YBÜ bakımına hala ihtiyacı olan hastalara karşı yükümlülüğün, yeni hastaları kabul etme yükümlülüğünden daha ağır olduğudur. Bununla birlikte; yeni bir hastayı YBÜ'ne kabul etmek için mevcut bir hastanın YBÜ'den taburcu edilmesini haklı çıkarabilecek durumlar da olabilmektedir. Eğer yeni hastanın üniteye kabul edilmesi halen bakım altında olan hastanın sonucunu kötü etkileyecekse o zaman bu kabul sadece; yeni kabul edilecek hastanın göreceği yarar önemli ve kesinse ve mevcut hastanın göreceği zarar tahminiye veya önemli değilse haklı çıkarılabilmektedir. Örneğin ağır, geri dönüşsüz beyin hasarı veya geri dönüşsüz çoklu organ yetmezliği olan ya da kemoterapi ve radyoterapiye yanıt vermeyen terminal dönem kanser hastaları - bu hastalıklar için özelleşmiş YBÜ'de değillerse veya özel protokole sahip değillerse- YBÜ'ne kabul edilmeyebilirler [1, 45-47]. Ancak YBÜ'ne kabul edilmemek hastanın yaşam sonu bakımı alma hakkını ortadan kaldırmamaktadır.

Dolayısıyla yukarıda sayılan triyaj ölçütleri doğrultusunda bir hastanın YBÜ'ye kabulü için bir diğerinin tedavisinin esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan uygundur. Çünkü sağlık çalışanlarının kaynakları adil paylaşırma ödevi bu kaynakların etkin şekilde paylaşılmasını gerektirmektedir.

Bununla birlikte tedaviden fayda elde edebilecek kanser hastalarının gelecekteki yaşam kalitesi dikkate alınarak ayrımcılığa uğraması ihtimali, adaleti sağlayacak olan triyaj politikalarının oluşturulmasının önemini ortaya koymaktadır [1].

Sonuç olarak;

- Özerk ve aydınlatılmış bir hasta/uygun vekili tarafından veya ilerisi için dilek vasıtasıyla reddedilen,
- Getirdiği yükler sağladığı yararlardan ağır gelen,
- Katlanılmaz bir yaşam kalitesini sürdüren,
- Nafile olduğu kararına varılan,
- Uygun triyaj mekanizmasıyla daha öncelikli hastaların bulunduğu karara varılan hastalardaki

Yaşamı Destekleyen Tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması etik açıdan haklı çıkarılabilmekte hatta gerek profesyonel bütünlük standartları gerek adalet ödevi gibi diğer yükümlülükler gereği etik gereklilik haline gelmektedir.

Ülkemizde sınırlı sayıda da olsa uygulamada öncelikle tedavi esirgeme şeklinde, tedavileri sınırlandırma kararlarının verildiğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır [11, 13]. Bununla birlikte TTB Etik Bildirgeleri dışında bir etik kod bulunmamakta, sağlık çalışanlarının uygulamalarında yasal endişelerin ön planda olduğu görülmektedir [1]. Bu nedenle ülkemizde uygulamada YDT'nin sınırlandırılması kararlarının nasıl gerçekleştiği konusunda, özellikle ülkemizde ikinci ölüm nedeni olan kanser hastalarında geniş kapsamlı tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar sayesinde ilgili uzmanlık derneklerinin konuyu hukukçular ve yasa yapıcıları da içine alan çeşitli platformlarda tartışmaya açması, TTB Etik Bildirgeleriyle başlayan politikaların desteklenmesi ve tüm bu çabaların yasal düzenlemelerin oluşumuna kaynaklık etmesi mümkün olabilecektir.

Son olarak bu derlemede yalnızca tedavilerin sınırlandırılmasının etik açıdan haklı çıkarılabileceği durumların tartışıldığı, ancak tedavileri sonlandırmanın bakımı sonlandırmak anlamına gelmediği ve yaşam sonu bakım kalitesi açısından son sıralarda yer alan ülkemizde [48] palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesine dair eylem planı ile başlayan sürecin [32] geç kalınmadan tamamlanması gerektiği hatırlanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Akpınar A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşmakla ilgili tutum ve görüşleri ile çağdaş adalet kuramlarının ilişkisi. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
2. Fletcher JC, Davis W. The decision to forgo life-sustaining treatment when patient is incapacitated. In: Fletcher JC, Spencer EM, Lombardo PA. (eds) Fletcher's introduction to clinical ethics. 3rd ed. USA: University Publishing Group; 2005. p. 207-234.
3. Jecker NS. Knowing when to stop: the limits of medicine. Hastings Cent Rep. 1991;21(3):5-8.
4. Veatch RM. Limiting life support: a world-wide consensus? Crit Care Med. 2004;32(2):597-8.
5. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA. 1995;274(20):1591-8.
6. Wood GG, Martin E. Withholding and withdrawal of life-sustaining therapy in a Canadian intensive care unit. Can J Anaesth 1995; 42:186–191.
7. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA. 2003;290(6):790-7.
8. Turner JS, Michell WL, Morgan CJ, Benatar SR. Limitation of life support: Frequency and practice in a London and a Cape Town intensive care unit. Intensive Care Med 1996; 22:1020–1025.
9. Buckley TA, Joynt GM, Tan PYH, et al: Limitation of life support: Frequency and practice in a Hong Kong intensive care unit. Crit Care Med 2004;32:415–420.
10. Jakobson DJ, Eidelman LA, Worner TM, Oppenheim AE, Pizov R, Sprung CL. Evaluation of changes in forgoing life-sustaining treatment in Israeli ICU patients. Chest. 2004;126(6):1969-73.
11. İyilikçi L, Erbayraktar S, Gökmen N, Ellidokuz H, Kara HC, Günerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. Acta Anaesthesiol Scand. 2004;48(4):457-62.
12. Bilgen H, Topuzoğlu A, Kuşçu K, Altuncu E, Ozek E. End-of-life decisions in the newborn period: attitudes and practices of doctors and nurses. Turk J Pediatr. 2009;51(3):248-56.
13. Özcan Şenses M. Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin Tutumları. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
14. Ackerman RJ. Withholding and Withdrawing Potentially Life-Sustaining Treatment (Chapter 63). In: Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology, Eds.: A.M. Berger, J.L. Shuster, J.H. Von Roen 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 697-706.
15. Türkiye’de Kanser istatistikleri. Erişim tarihi: 07 Ocak 2011, adres: http://turkkanser.org.tr/newsfiles/60turkiye_kanser_istatistikleri-2.pdf
16. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları, 1998.
17. Vincent JL. Withdrawing may be preferable to withholding. Crit Care. 2005;9(3):226-229.
18. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. USA: Oxford University Press, 2009.
19. Vincent JL. Forgoing life support in Western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. Crit Care Med 1999;27:1626-1633.

20. Melltorp G, Nilstun T. The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Intensive Care Med* 1997;23:1264-1267.
21. Royal College of Paediatrics and Child Health. Withholding or withdrawing life sustaining treatment in children: a framework for practice. 2nd ed. London: RCPCH; 2004.
22. Akpinar A, Senses MO, Aydin Er R. Attitudes to end-of-life decisions in paediatric intensive care. *Nurs Ethics*. 2009;16(1):83-92.
23. Ersoy N. Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular (I): Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Çekilmesi. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (ed). *Çağdaş Tıp Etiği*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2003. p. 328–357.
24. Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *J Med Ethics*. 2008;34(5):384-8.
25. Guven T. Truth-telling in cancer: examining the cultural incompatibility argument in Turkey. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):159-66.
26. Ersoy N. Aydınlatılmış Onam. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, ed. *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. p. 204-40.
27. Council of Europe, (1997) Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo, 4.IV.1997 <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm> (Ulaşım: 30 Ağustos 2010).
28. Dünya Tabipler Birliği Venedik Bildirgesi Venedik, Ekim 1983. Erişim tarihi: 07 Ocak 2011, adres: <http://www.haksay.org/?q=node/58>
29. Dünya Tabipler Birliği'nin Hekim Yardımlı İntihar İçin Tutumu (1992). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi; 1998.
30. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.
31. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge. İçinde: Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, İstanbul: TTB Yayınları; 2010. p. 27-30.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı. Palyatif Bakım Programı. Erişim tarihi: 07 Ocak 2011, adres: www.kanser.gov.tr/folders/file/palyatif.pdf
33. Mappes T, DeGrazia D. *Biomedical Ethics*. 6th ed. New York: McGraw-Hill.
34. Guven T, Sert G. Advance directives in Turkey's cultural context: examining the potential benefits for the implementation of patient rights. *Bioethics*. 2010;24(3):127-33.
35. Emanuel LL. Advance Directives and Assessment of Decision-Making Capacity (Chapter 62). In: *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*, Eds.: A.M. Berger, J.L. Shuster, J.H. Von Roen 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 687-696.
36. Smith DH, Veatch RM. A Report by The Hasting Center, Medical Ethics Series Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. Bloomington&Indianapolis: Indiana University Press; 1987.
37. Behl D, Jatoti A. What do oncologists say about chemotherapy at the very end of life? Results from a semiquantitative survey. *J Palliat Med*. 2010;13(7):831-5.
38. Stanley JM (ed). The Appleton International Conference: Developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment. *Journal of Medical Ethics* 1992;18. The web site:

http://www.lawrence.edu/dept/bioethics/Appleton_Interna_Confer.html (Ulaşım: 13 Aralık 2010).

39. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics, A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. New York: McGraw-Hill Inc; 2006.
40. Grant M, Sun V. Advances in quality of life at the end of life. Semin Oncol Nurs. 2010;26(1):26-35.
41. British Medical Association. Withholding or Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment, Guidance for Decision Making. 2nd. ed. London: BMJ Books; 2000.
42. Trice ED, Prigerson HG. Trice ED, Prigerson HG. Communication in end-stage cancer: review of the literature and future research. J Health Commun. 2009;14 Suppl 1:95-108.
43. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949-54.
44. Türk Tabipleri Birliği (TTB), (1999) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=552&Itemid=44 (Ulaşım: 13 Aralık 2010).
45. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee: Consensus statement on the triage of critically ill patients. JAMA 1994; 271:1200–1203.
46. Engelhardt HT, Rie MA. Intensive care units, scarce resources, and conflicting principles of justice. JAMA 1986;255(9):1159–1164.
47. Sprung CL. The Future of Ethical Issues in Critical Care Medicine. In: Principles & Practice of Medical Intensive Care, Eds.: R.W. Carlson, M.A. Geheb. USA: WB Saunders Company, 1993:1740-1744.
48. Economist Intelligence Unit. The quality of death, ranking end-of life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation. 2010.

Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Kararları

Uzm. Dr. Lale ÖZİŞİK, Prof. Dr. Arzu TOPELİ

laleoz@gmail.com, atopeli@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ) fizyolojik dengesini kaybetmiş ancak yaşamsal fonksiyonların geri dönüşümünün mümkün olduğu hastalara yoğun izlem ve tedavi uygulanan özellikli birimlerdir. Son yıllarda tıpta ve teknolojiye hızlı ilerlemeler sayesinde kritik durumdaki hastalara uygulanan ileri yaşam destek ve tedavileri gelişmiş ve çok üst düzeylere ulaşmıştır. Yoğun bakımda kalma süresi uzamış, eskiden yaşama şansı olmayan hastalar yaşatılabilir hale gelmiştir. Öte yandan bu durumun bir uzantısı olarak da uygulanan ileri yaşam destek ve tedavileri sayesinde, bazı durumlarda ölüm süreci uzatılmakta, geciktirilebilmektedir.

Ulaşılan sağlık hizmetlerinin düzeyine bağlı olarak, eskiye oranla yoğun bakım gerektiren hasta sayısı artmıştır. Uygulanan karmaşık tanı ve tedavi yöntemleri, transplantasyon, karmaşık onkolojik tedaviler, üst düzey cerrahi girişimler yoğun bakım gerektiren hasta sayısını arttırmıştır. Böylece yoğun bakımda triaj önem kazanmıştır. 1994 yılında Amerikan Yoğun Bakım Derneği'nin Etik Komitesi kritik hasta triajı konusunda bir bildiri yayınlamıştır (1). Bu bildiriden sonra çeşitli kılavuzlar geliştirilmiştir. Amerikan Yoğun Bakım Derneği'nin kılavuzlarına göre yoğun bakıma kabul için birinci öncelik YBÜ dışında tedavisi mümkün olmayan, tedavinin sınırsız sunulduğu hastalara, ikinci öncelik ani müdahale gerektirebilecek ve yoğun monitörizasyon gerektiren ve çoğunlukla altta yatan kronik komorbiditesi olan hastalara, üçüncü öncelik altta yatan komorbiditesi çok ağır olup iyileşme beklentisi olmayan ancak akut sorunları nedeniyle ani kötüleşen hastalara ve dördüncü öncelik yatış endikasyonu olmayan hastalara bireysel olarak değerlendirilip verilmelidir. Buradan da anlaşılacağı gibi anlamlı yaşam beklentisi olmayan hastaların yoğun bakım ünitelerine yatırılmaları uygun görülmemekte öncelik sırasında sona yer almaktadırlar (2).

Günümüzde birçok yoğun bakım hastası yaşamları sadece yoğun bakım ünitesinde sürdürülebilen kronik bir sürece girmekte ve kısmi iyileşme sağlayıp hiçbir zaman fonksiyonel bağımsızlıklarını elde edememektedirler. Sonuç olarak daha fazla kişi yaşamın son dönemini yoğun bakımda geçirir hale gelmiştir. Bu durum hekimlerin ve hasta yakınlarının yaşamın son dönemindeki yoğun bakım hastasına özel durumları bilmesi ve değişik kararlar alması gerekliliğini doğurmuştur. Günümüzde artık ölümlerin yarısından fazlası hastanelerde gerçekleşmektedir. ABD'de hastaların % 70'i evde ölmeyi tercih etmektedir ancak gerçekte sadece % 30'u evde ölmektedir. Amerika'da ölümlerin % 20'si yoğun bakımlarda ve sıklıkla yaşam destekleyici tedaviden vazgeçerek gerçekleşmektedir (3). Sağlık harcamalarının % 30'u yaşamın sonu için harcanmaktadır (4).

20. yüzyılın ortalarında yoğun bakım üniteleri ilk kurulduğunda yoğun bakım klinisyenleri gelişen yeni teknolojilerle hayat kurtarmaya, ölmekte olan hastaları ve ailelerini rahatlatmaktan daha çok ilgi duyuyorlardı. Ancak zamanla yaşam sonu bakıma yaklaşım ve yaşam sonu kararları, yoğun bakımlar için kaçınılmaz anahtar konular haline gelmiştir. ABD'de iki YBÜ'nde 179 hasta ile yapılan bir çalışmada 1992-1993 yıllarıyla, 1987-1988 yılları karşılaştırıldığında kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sıklığının %49'dan %10'a düştüğü, yaşam desteği durdurulma veya kesilme oranının %51'den %90'a çıktığı saptanmıştır (5). Yine ABD'de 38 eyalette, 131 YBÜ'nde ölen 6303 hasta verileri ile yapılan başka bir çalışmada, %23 oranında KPR dâhil tam tedavi, %22 oranında KPR hariç tam tedavi, %10 oranında desteği durdurma, %38 oranında ise desteği kesme uygulandığı saptanmıştır. YBÜ'leri arasında yaklaşımlar açısından çok fark saptanmıştır ve bu farkların YBÜ tipi, hastane tipi, hasta yoğunluğu ile ilgisi bulunamamıştır (6).

Avrupa Yoğun Bakım Derneği'nin 16 batı Avrupa ülkesinde yapılan anket çalışmasına göre, yaşama şansı olmadığı düşünülen hastaları yoğun bakıma kabul etme oranı %73 olarak saptanmıştır. Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte ortalama %80'i yazılı KPR yapmama emrine uyulması gerektiğini düşünmekte ve ortalama % 58'i bu emri uygulamaktadır (İtalya % 8, Hollanda % 91). Hollanda'da %2 oranında ötanazi uygulanmaktadır. KPR yapmama emrini hasta aileleri ile tartışma konusunda coğrafi bölgelere göre farklılıklar saptanmıştır. Kuzey Avrupa ülkelerinde (İsviçre, İngiltere ve Hollanda) kararlar daha sık tartışılırken İspanya, Yunanistan ve Portekiz'de kararlar hasta yakınlarıyla daha az tartışılmaktadır. Avrupa genelinde tedaviyi durdurma, tedaviyi kesmekten daha çok kabul görmektedir (%93, %77), (7). Kuzey Avrupa'da tedaviyi kesme Orta ve Güney Avrupa'ya göre daha sık, Orta ve Güney Avrupa' da ise tedaviyi durdurma oranı daha sık saptanmıştır. Ölme sürecinin aktif olarak kısaltılma oranı (benzodiazepinler ve opiatlar verilerek) ise Orta Avrupa'da daha yüksek saptanmıştır. Avrupa'da medikal durum yaşam sonu kararlarında daha çok etkili olurken ABD'de hasta özerkliği daha etkili olmaktadır. Avrupa' da bu kararlar, hasta yakınlarıyla, ABD'ne göre daha az oranda tartışılmaktadır (7-9). Yaşamın sonuna yaklaşımdaki klinisyenler, hastaneler ve ülkeler arasındaki bu farklılıkların pratikte uygulanan yöntemler, tedaviye erişim, bölgesel, kültürel ve dini geleneklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (10-12).

Yaşam sonu kararlarına, dünyadaki başlıca dinler arasındaki farklar açısından baktığımız zaman Katolik Kilisesi yararsız kabul edilen tedavileri, eğer ağır, tehlikeli veya beklenen faydaya göre orantısız ise durdurmaya veya kesmeye izin vermektedir. Ağrıyı kesmek, çifte etki oluştursa bile kabul edilmektedir. Ötanazi asla kabul görmemektedir ve onun yerine palyatif tedavi önerilmektedir (13).

Musevi yasa sistemine göre, tedaviyi durdurmaya izin verilmekte ancak kesmeye izin verilmemektedir.

İslam biyoetiğine göre tedavi eğer hastanın durumunu veya yaşam kalitesini iyileştirmeyecekse yaşam destekleyici tedavi durdurulabilir veya kesilebilir. Ancak beslenme durdurulmamalı veya kesilmemelidir. Çifte etki olasılığı olsa bile ağrının kesilmesi savunulmakta ve ötanazi asla kabul görmemektedir. Birçok Müslüman ülkede beyin ölümü gerçekleştiğinde yaşam destekleyici tedavi kesilmekte ve organ nakline izin verilmektedir (14).

Yapılan çalışmalar, yaşamın sonu ile ilgili tıbbi ekip tarafından manevi destek almasının hastanın tıbbi durumuna pozitif yönde katkısı olduğunu ve yaşam kalitesini, hospis kullanımını arttırdığını, daha az girişimsel tıbbi müdahale (ventilasyon, resusitasyon gibi) uygulandığını ve ölümün YBÜ'de gerçekleşmesinin azaldığını göstermektedir (15).

ABD'de ileri evre kanseri olan 343 hastayla yapılan bir çalışmada, daha önceki çalışmalara benzer olarak, din adamları tarafından daha fazla manevi destek sağlanan hastalarda, daha az destek sağlananlara göre palyatif bakımın daha az kullanıldığı, ölüme yakın zamanda daha çok girişimsel müdahale uygulandığı ve ölümün yoğun bakımda gerçekleşme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak daha fazla dini destek sağlanan hastalar arasında aynı zamanda tıbbi ekip tarafından da manevi destek sağlanan ve yaşam sonu kararlarının tartışıldığı grupta girişimsel müdahaleler ve yoğun bakımda ölüm oranı daha düşük bulunmuştur. Tıbbi ekibin desteği büyük önem taşımaktadır (16).

Altı Avrupa ülkesinde 142 YBÜ'nde doktorlar, hemşireler, hastalar ve hasta yakınlarına yaşam sonu ile ilgili anket uygulanarak yapılan başka bir anket çalışmasında katılanlara son dönem bir hastalığa sahip olmaları durumunda yoğun bakım desteği, KPR ve ventilatör desteği isteyip istemeyecekleri sorulduğunda, sağlık çalışanlarının kendileri için, hasta ve hasta yakınlarına göre daha az oranda yaşam destekleyici tedavi ve yoğun bakım desteği istediği saptanmıştır. Daha dindar olan grubun daha fazla oranda yaşam destekleyici tedavi istediği ve yaşam süresinin uzatılmasından yana olup aktif ötanaziye karşı oldukları saptanmıştır (17).

Ülkemizde yaşam sonu kararlar konusunda veriler kısıtlıdır, bu durum yasalarımızda konu ile ilgili eksikliklerden kaynaklanmaktadır.

Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği'nin 369 üyesine anket yapılarak, tedaviyi durdurma veya kesme eğilimleri ve pratikleri değerlendirilmiştir. Doktorların %90'ı müslüman olduğunu belirtmiştir. %66 oranında yazılı veya sözlü olarak KPR yapmama emri uyguladıkları saptanmış ve KPR yapmama emri öncesinde doktorların %14,4'ü aileyle, %1,2'si hastayla, %82,7'si meslektaşlarıyla tartışıp karar verdiğini belirtmiştir. Hastanın ailesi tedaviyi durdurma veya kesme isteğinde bulunduğu %57,9 doktor tam desteğe devam edeceğini, %37,4'ü tedaviyi durduracağını, %3,3'ü tedaviyi keseceğini ve %1,4 doktor, morfin benzeri ilaçlar vererek hastanın ölümüne izin vereceğini belirtmiştir. Hastanın ailesi tam destek sağlanmasını istediklerinde ise doktorların %85,2'i tam desteğe devam edeceğini, %14'ü tedaviyi durduracağını, %0,8'i keseceğini belirtmiştir. Eğer hastanın iyileşme şansı yoksa doktorların %68,3'ü minimal destek sağlayacağını, %8,7'si tedaviyi keseceğini, %22,9'u ise tam destek sağlayacağını belirtmiştir. Doktorların %58'den fazlası yaşam sonu kararlarının hastane etik komitesi, hasta, ailesi ve sorumlu doktorun ortak kararı ile verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Doktorların %94'ünün KPR yapmama emri veren doktorların yargılanmamaları gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (18).

Yine Türkiye'den yayınlanmamış verilere göre A Topeli İskit' in, İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Kongresindeki 224 katılımcıya uyguladığı anket çalışmasına göre (yayınlanmamış veri) yaşamın sonu ile ilgili kimin karar vermesi gerektiği sorulduğunda %54,5 oranında hekim tarafından, %17 oranında hasta/yakını tarafından, %26,3 oranında hekim grubu veya hasta-hekim birlikte olarak yanıtlanmış, %2,2 fikrinin olmadığını beyan etmiştir. Farklı hastalık tablolarında değişmekle birlikte %16,1 oranında genel olarak her durumda destek verilmesi gerektiğini beyan etmişlerdir. Bu oran miyokard enfarktüsü sonrası anoksik beyin tablosunda %38,8, beyin ölümü sonrası ise %5,8 olarak değişmektedir.

Türkiye' den yapılan başka bir çalışmada ise 949 doktora ötanazi hakkında fikirleri sorulmuş, %49,9'unun ötanazinin bazı durumlarda yasal olması gerektiğini düşündüğü, %19'unun karşı çıktığı tespit edilmiştir. Başka bir sonuç ise %55,9 doktorun ötanazinin yasadışı olarak uygulandığına inanmalarıdır (19).

Doktor çalışma modelleri ile ilgili yapılan bir çalışmada yoğun bakımda sürekli nöbetçi bir yoğun bakım uzmanı bulunmasının sadece gündüz bulunmasına oranla mekanik ventilasyon desteğinin kesilmesi gibi yaşam sonu kararlarının daha erken alınmasını sağladığı görülmüştür. Aynı zamanda bir kalite ölçütü olarak kabul edilen, ölüm anında ailenin hasta yanında bulunma oranında da artış saptanmıştır (20).

Farklı sonuçlar ötanazi uygulama ile yaşam sonu kararlarının karşılaştırılması, eğitim eksikliği gibi nedenlere bağlı olabilir.

Eski tedavi modellerinde önce iyileştirici tedavi ardından palyatif tedaviye geçiş ve sonunda ölüm gerçekleşirken, yeni tedavi modellerinde hastalığın başlangıcından itibaren hastalık modifiye ve iyileştirici tedaviyle birlikte palyatif ve destekleyici tedavi başlanmaktadır. Yaşamın sonuna doğru, hasta ve hasta yakınlarına kayıp için destek sağlanmaktadır.

Hayatın sonuna ilişkin etik konular hekim ve hasta yakınları için çoğu zaman zor, üzücü, bazen çelişkili durumlar içermektedir. Etiğin temel ilkeleri; **yarar sağlamak, özerklik, zarar vermemek ve sosyal adalet** olmasına karşın yoğun bakımlarda bu etik kuralları uygulamak kolay değildir. Kimi zaman bu temel ilkeler birbiriyle çatışır. Yarar sağlamak; tedavi yöntemleri ağırlaştıkça zarar vermemek ilkesiyle çatışabilir. Özerklik ilkesini uygulamak; çoğu zaman hastanın karar verme yetisi olmadığı için zordur. Ülkemizde ve dünyada yoğun bakım yatak sayıları artan gereksinimi karşılayamamaktadır. Bu nedenle tıbbi kaynakların adil şekilde paylaşılması gerekir. Yaşam desteğine hangi hastanın daha fazla

gereksinim duyacağına karar vermek ise zordur. Bu da sosyal adalet ilkesini uygulamadaki zorluğu gündeme getirir.

Yoğun bakımının yaşadığı kaygılar, çelişkiler arasında

- Yatış zorluğu,
- Uygun hasta yatıramama,
- Bekleyen diğer hastalar,
- Primer doktor ile görüş ayrılığı,
- Konsültan diğer bölüm ve hekimlerin yaşam sonu kararlarına ilgisizliği,
- Hasta yakınlarının büyük beklentisi,
- Hastayla konuşulamaması,
- Bilinci açık olmasına rağmen hasta yakınlarından onam alınmasının daha kolay gelmesi,
- Hemşireler ve diğer doktorların düşüncelerinin belli olmaması,
- Hastaya “futile” (boşuna tedavi) vermenin rahatsızlığı,
- Ek komplikasyonlar oluşması,
- Hastane enfeksiyon oranlarında artışla birlikte diğer hastalarda enfeksiyon gelişmesi,
- Yasal sorunlar ve belirsizlikler,
- Sağlık Güvenlik Kurumu politikaları ve artan maliyet,
- Terminal hale gelen hastaya yaşam desteğinin kısıtlanamaması gelmektedir.

Bu kaygılar ve çelişkilerin altında farkındalık olmaması, hastanın genel durumunda dalgalanma, paternalistik yaklaşımın egemen olması, palyatif tedavi bilgi ve becerilerinde eksiklik, etik ilkeler hakkında bilgi eksikliği ve yasal kaygılar yatmaktadır.

‘American College of Critical Care Medicine’ tarafından alınan uzlaşi kararlarına göre; Yaşam sonu bakımı yoğun bakımlarda kapsamlı bir uzmanlık alanı olarak gelişmektedir. Hasta ve hasta yakını merkezli yaklaşım ve sürekli iletişim halinde olmak yaşam sonu bakımı için ideal olanıdır. Yoğun bakım doktorları, yaşam sonu bakımında her açıdan ama özellikle yaşam desteği tedavilerini kesme konusunda pratik ve etik yönden, ölüm sürecinde hastanın acısını azaltmak için sedatif, ağrı kesicilerin rasyonel kullanımı yönünden yeterli olmalıdırlar. Bazı anahtar etik kavramlar yaşam sonu bakımı için temel rolü oynamaktadır. Bunlar tedaviyi durdurma ve kesme arasında fark olmaması, öldürmek ve ölmesine izin vermek (onurlu ölüm) arasında önemli fark olması, çifte etkinin kabul edilebilir olmasıdır (21).

Ülkemizde yaşamın sonuna dair etik bildirge ilk olarak 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “*Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı*”nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “*Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı*”nda güncellenmiştir. 2013 yılında bildirgelerin tekrar güncellenmesi planlanmaktadır. Yoğun bakımda yaşamın son dönemine ilişkin etik konular bu bildirge ışığında aşağıda sıralanmıştır:

1) Tıbbi karar verme

Karar verme yeterliliği bulunan her hasta hekimin önerilerini göz önüne alarak tedavisi ile ilgili kararlara katılmalıdır. Hekimler hasta özerkliğini koruyarak, hastanın bildirdiği isteğe saygı göstermelidirler. Tıbbi karar verme aşamasında hastanın karar verme yetisi yoksa veya bilinci yerinde değilse, daha önceden hasta tarafından belirlenmiş bir kişi sürece dâhil edilmelidir. Eğer hasta böyle bir kişi seçmemiş ise aileden birisi karar verme görevini üstlenebilir.

Yoğun bakımda bunu uygulamakta hasta yakınlarının olmaması, uygulama zorluğu ve gecikme olması sebebiyle zorluklar çekilmektedir. Hastanın yakını yoksa mahkemeden hastanın özerkliğini korumaya yönelik koruyucu kişilerin atanması istenebilir. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı tehdit altına girecek ise izin şartı aranmamalıdır. Bu durumlarda hekimler hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı uygulamalıdır.

Eğer hekim hastanın vasisinin verdiği kararın iyilik hali ile çatıştığını düşünürse vasinin dış etkenlerden etkilenmediğinden emin olmalı ve etik komiteye başvurmalı, gerekirse mahkemelerden yardım almalıdır. Böylece hasta özerkliği korunmuş olur.

Tıbbi vasiyet (İleri tedavi planlaması):

Tıbbi vasiyet, hastanın kronik hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında, karar verme yeterliliğini kaybettikten sonra kendisine nelerin yapılmasını istediği ya da istemediği ile ilgili sözlü, yazılı, hatta bazen tanıklı olarak isteğini bildirmesidir. Bu kararlar çoğunlukla hastanın kendisine herhangi bir yarar sağlamayacak olan tedaviyi sonlandırma, kaybedilen işlevleri geri kazanamayacak durumda olduğunda canlandırmama ya da yaşam destek tedavilerini sürdürmeme ile ilgilidir.

Ülkemizde henüz ileri tedavi planlaması yapılmamaktadır. Hastaların, günün birinde, ölümün çok yakın ve kaçınılmaz olduğu bir durumdaki olası tercihleri belirlemesi gerektiği hatırlatılmalıdır. Karar verme kapasitelerini yitirdiklerinde yerlerine karar verebilecek birisini seçmeye, yakınlarına hayatın sonuna dair fikirlerini beyan etmeye teşvik edilmelidir. Hasta bu kararları verirken ona yardımcı olunmalı, sağlıklı ve doğru kararlar alabilmesi için her türlü bilgi kendisine verilmelidir. Bu kararlar kayıt altına alınmalı, gerektiğinde güncellemeler yapılmalıdır.

Tedaviyi reddetme hakkı:

Karar verme yeterliliği bulunan ve uygun biçimde aydınlatılmış olan kişi tarafından önerilen tedavinin reddedilmesidir. Tedavinin yapılmaması yaşamsal bir tehlike yaratmadığı durumlarda ciddi etik ikilemler yaşanmazken, tedavinin yapılmamasının yaşamı tehdit ettiği durumda hastanın kararına saygı konusunda kuşku duyulabilmektedir. Ancak karar verme yeterliliğine sahip ve aydınlatılmış hastanın tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterilmelidir. TTB Hasta Hakları Bildirgesi ile bu hak koruma altına alınmıştır.

Ancak yoğun bakımlarda bu konuda yasal düzenlemeler açıklayıcı olmadığı için ikilem yaşanmaktadır.

İtalya' dan Piergiorgio Welby vakasını örnek verecek olursak, solunum cihazına bağımlı kuadriplejik bir hasta doktorlarından kendisini solunum cihazından ayırmasını ve ölmesine izin vermelerini istiyor. Bazı doktorlar hastanın bu isteğini yerine getirmekte çekiniyorlar çünkü İtalyan yasalarında bu konuda açık bir yasal düzenleme bulunmuyor. Sonunda bir yoğun bakım doktoru yeterli palyasyon sağlayarak hastanın isteğini yerine getiriyor. Açılan davada mahkeme, doktoru kişinin isteği üzerine adam öldürmekle yargılıyor. Mahkemenin sonunda hastanın kendi isteğiyle tedaviyi reddetmesi (İtalya' da anayasal bir hak) düşünüldüğünde, doktorun bu davranışı mesleki yükümlülüğünü yerine getirmek (hastanın tedaviyi reddetme hakkı) olarak değerlendiriliyor ve sonuçta doktor ceza almıyor (22).

2) Tıbbi Yararsızlık (Boşuna tedavi)

Hastaya önerilen ya da durumu için mümkün olabilen tedavinin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşamın niteliğine çok az katkı sağladığı, beklentilere cevap verme olasılığı taşımadığı ve makul yaşam şansı tanımadığı durumlarda tedavi ya da uygulama tıbbi açıdan yararsız olarak değerlendirilmektedir.

Yapılabilecek tıbbi işlemler ve tedaviler hastanın tedavi ve bakım hedeflerine ulaşılmasını sağlamıyorsa veya bu hedeflere ulaşırken zaman ve girişimsellik hasta için kabul edilebilir düzeyde değilse bu tedaviye başlanmayabilir veya sonlandırılması düşünülebilir

3) Yaşamı destekleyen tedavilerin başlanmaması veya sonlandırılması

İleri yaşam destek tedavisi, altta yatan hastalığı iyileştirmeyen, hastanın yaşamını uzatmaya yönelik tedavileri içerebilir. Yaşamı destekleyici tedaviler arasında ventilasyon, diyaliz, kemoterapi, antibiyotik, yapay beslenme ve hidrasyon gibi tedaviler bulunur. Bazen bu tedaviler hastanın ağrı, acı çekme sürecini uzatabilir. Beklenen ve kaçınılmaz olan onurlu ölüm sürecini zor ve zahmetli bir sürece sokabilir.

Hekimin sorumluluğu hastanın sağlıklı ve anlamlı yaşamını sağlamak ve sıkıntısını gidermektir. Bu iki ilke çatıştığı zamanlarda hastanın tercihlerini göz önüne almak gerekir.

Yapılabilecek tıbbi işlemler ve tedaviler hastanın tedavi ve bakım hedeflerine ulaşılmasını sağlamıyorsa veya bu hedeflere ulaşırken zaman ve girişimsellik hasta için kabul edilebilir değilse tedaviye başlanmayabilir veya sonlandırılması düşünülebilir. Tedaviye başlanmaması veya sonlandırılması arasında fark yoktur.

Tedaviye başlanmaması veya tedavinin sonlandırılması süreci hastaya verilen bakım hizmetlerini değiştirmemeli ve hasta her zaman tıbbi bakım almalıdır.

4) Onurlu Ölüm, Yardımlı intihar ve Ötanazi kavramları

Uluslararası yazılı kaynaklarda yardımcı intihar (Physician assisted suicide), ötanazi gibi kavramlar sıkça kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yasalarla dahi düzenlenmiş olan bu tanımlar tarafımızdan da kabul görmemektedir. Ancak yaşamın son dönemi ötanazi ile bağdaştırılmamalıdır.

Bu bağlamda palyatif bakım önem kazanmaktadır. Palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü tarafından, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik yaşamı tehdit eden ve/veya iyileşme beklentisinin olmadığı hastalıklarda ağrı ve diğer fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel sorunların önlenmesi, erken farkına varılması, değerlendirilmesi, tanı ve tedavi planının yapılması olarak tanımlanmıştır (23).

Hastalara daha iyi palyatif bakım verilerek hastaların kendileri için ölümcül eylemi düşünmelerinin önüne geçileceğini açıktır. Palyatif bakım kavramı ve uygulamaları geliştirilmeli, multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir. Son dönem hastalara psikolojik ve sosyal destek, rahatlık, yeterli ağrı kontrolü sağlanmalıdır.

Son dönem hastalarda hekimler onurlu bir ölümü sağlamak için hasta gereksinimlerine yanıt vermelidirler. Bu kimi zaman vücut bütünlüğünün korunması (boşuna cerrahi tedavi yapılmaması), yeni bir tedaviye başlanmaması, yan etki riski çok yüksek olsa dahi ağrı ve acının hızlı ve etkin kontrolü şeklide olabilir.

Hastanın onurlu ölmeye hakkı vardır ancak hekimlik açısından ölümcül eylem savunulmamalıdır. Bakımın ve ölümün yeri ile ilgili yaşam sonu kararları hasta tercihine bırakılmalıdır.

5) Çifte etki

İyi etki elde etmek niyetiyle (ağrı, acıyı dindirmek) yapılan bir eylemin önceden bilinen ancak niyetlenilmeyen kötü etkiyi (ölümü hızlandırmak, yaşamı sonlandırmak) yaratmasıdır. Bu eylem etik açıdan insan öldürmek olarak değerlendirilmemelidir.

1. Hastanın ağrı ve acısını kesmek amacıyla uygulanacak olan ağrı kesiciler, istenmeyen sonuç olan ölümü hızlandırma etkisi göz önünde tutulmadan yapılmalıdır.
2. Hastaya uygulanacak olan tedavi nedeniyle ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiyi önlemek için gerekli tıbbi önlemler alınmalıdır.

6) Canlandırmama

Canlandırmama istemi hasta tarafından verilmiş olabileceği gibi canlandırmanın tıbbi açıdan yararsız olduğu durumda hekim tarafından da verilebilir. Hastanın dosyasına canlandırmama emri açıkça yazılmalı ve imzalanmalıdır. İlerisi için istem bildiren bu karar hakkında hastanın hekimi, hasta ve gerekiyorsa ailesi ile tartışmış olmalıdır.

Hastanın tıbbi durumu bilimsel açıdan değerlendirildikten sonra canlandırmanın hastaya getireceği tıbbi bir yarar bulunmadığında canlandırmama istemine saygı gösterilmelidir.

7) Yaşam Kalitesi

Özetle, 'kişinin yaşamsal işlevlerini bağımsızca sürdürmesi, yaşamak için herhangi bir araca ya da kimseye bağımlı olmaması' olarak tanımlanabilen yaşam niteliği, tıbbın temel amaçlarından biridir. Bu amacın yerine getirilmesinde tarafsız ölçütler kullanılmalı ve makul bir insanın yaşamak istemeyeceği bir hayat, hastaya dayatılmamalıdır.

1. Her bir tıbbi uygulamanın hastanın yaşam niteliğine olası etkisi değerlendirilmeli,
2. Yaşam niteliğinin iyileştirilmesine katkı sağlamayan tıbbi uygulamalar önerilmemelidir.

8) Sosyal Adalet

Etiğin temel ilkelerinden biri olan sosyal adaleti korumak adına, yoğun bakıma hasta seçiminde titiz davranılmalı, müdahaleli izlem ve tedavilerden fayda görmeyecek hastalar bu ünitelere yatırılmamalıdır. Bu konuda yoğun bakım hekimlerinin asal bir görevi de diğer hekim meslektaşlarını bu konuda bilgilendirmek ve yol gösterici olmaktır.

Etik ve tıbbi kararların salt yasalara bağlanması uygun değildir.

Beklentimiz sağlık personelinde farkındalığın oluşması multidisipliner yaklaşım gerçekleştirilmesi etik, palyatif bakım, iletişim gibi konularda yaşamın son döneminde maddi - manevi yardım, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yaşamın son dönem ile ilgili kararlar alması ve en önemlisi yasal düzenlemelerdir.

Yoğun bakımda kalite geliştirilmesi konusunda birçok çalışma yapılmaktadır ve artık yaşam sonu bakımı kalite gelişimi için önemli bir hedef olarak kabul edilmektedir. Yakın tarihte bir çalışma grubu yaşam sonu bakımı kalitesi için alanlar tanımlamıştır. Bu alanlar:

- a) Hasta ve hasta yakını merkezli karar vermek
- b) İletişim
- c) Bakım devamlılığı

- d) Duygusal ve becerisel destek
- e) Semptom tedavisi ve konfor
- f) Manevi destek
- g) Yoğun bakım klinisyenleri için duygusal ve kurumsal destek olarak belirtilmiştir (24).

Yaşam sonu bakımı ve kararları konusunda yaşanan zorlukların bir sebebi de yetersiz eğitimidir. Klinisyenlerin genelde yaşam sonu bakımı için gerekli olan hasta tercihlerini belirlemek, hastalarla birlikte karar vermek, prognozu tartışmak ve kötü haber vermek gibi iletişim becerilerine yeteri kadar sahip olmadıkları görülmektedir. ABD’de bu konuda eğitim giderek yaygınlaşmaktayken, ülkemizde hala eksiklikler mevcuttur. ABD’de doktorlar ve hemşireler için eğitim programları geliştirilmiş durumdadır (25, 26). Hatta artık iç hastalıkları asistan eğitim programına eklenmiştir (27).

Yapılan bir çalışmada iç hastalıkları asistan müfredatına yaşam sonu bakımı eğitiminin eklenmesi, asistanlarda yaşam sonu bakımla iletişim becerilerinin geliştiğini göstermiştir (28). Yine intörnlerde eğitimin etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, dâhiliye intörnlerine hastalarının tedavi kararları ve hedeflerini hasta yakınlarıyla, paylaşılmış karar verme sistemiyle tartışma becerileri eğitimi verilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre intörnlerin iletişim becerilerinde daha rahat ve başarılı oldukları görülmüştür (29).

Kanıtı dayalı tıp çerçevesinde değerlendirildiğinde (A: , B: , C: , D:) yaşamın sonu kararlarında aşağıdaki maddeler değişik düzeylerde kanıt seviyesine göre belirlenmiştir (30).

- Bu konuyu önemsemek, günlük vizitlerde dahi sürekli gündeme almak (D)
- Multi-disipliner vizitler ve toplantılarla tedavi hedeflerini gözden geçirmek (C)
- Palyatif bakım sağlamak ve etik birimi konsültasyonu istemek (A)
- Hasta yakınlarıyla standardize konuşmalar yapmak (A)
- Yoğun bakıma yatar yatmaz spesifik konularda aile görüşmeleri yapmak (B)
- Yoğun bakım ekibine iletişim kurma, hasta ve yakınlarını dinleme ve etkili-destek olucu aile konferansları verme eğitimi vermek (B)
- Aile vizitlerini serbest bırakmak (C)
- Aile eğitim programları oluşturmak (A)
- Tedaviyi durdurma ve sonlandırma ile ilgili protokol oluşturmak (C)

Özetle geri dönüşümsüz akut hastalıklarda, kronik komorbiditelerde yaşam sonu kararları önemlidir. Yaşam sonu kararları sadece kanser, ilerleyici nörolojik hastalıklarla sınırlı değildir. “Hastalık değil hasta vardır”: Yaşam sonu kararları verilirken hasta ve yakınlarına göre bireyselleşen kararlar verilmelidir.

Günümüzde artık paternalistik, iyileştirici, sonuna kadar tedavi yerini; **iyileştirici** ancak **hasta-yakını merkezli, yaşam kalitesine önem veren, palyatif tedavinin de eş zamanlı başladığı tedaviye** bırakmıştır. Yaşam sonu kararları kapsamlı bir uzmanlık alanı olarak gelişmektedir. Yoğun bakımdaki diğer uygulama alanları gibi yüksek düzeyde yeterlilik ve bilgi gerektirmektedir.

Kaynaklar:

1. Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. JAMA. 1994 Apr 20;271(15):1200-3.
2. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 1999 Mar;27(3):633-8.
3. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Crit Care Med. 2004 Mar;32(3):638-43.
4. Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. N Engl J Med. 1993 Apr 15;328(15):1092-6.
5. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. Am J Respir Crit Care Med. 1997 Jan;155(1):15-20.
6. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med. 1998 Oct;158(4):1163-7.
7. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med. 1999 Aug;27(8):1626-33.
8. Vincent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. Swiss Med Wkly. 2004 Feb 7;134(5-6):65-8.
9. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet. 2001 Jan 6;357(9249):9-14.
10. Luce JM, Lemaire F. Two transatlantic viewpoints on an ethical quandary. Am J Respir Crit Care Med. 2001 Mar;163(4):818-21.
11. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Vinsonneau C, Grassin M, Lemaire F, et al. French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy. Crit Care Med. 2001 Oct;29(10):1887-92.
12. Sprung CL, Maia P, Bulow HH, Ricou B, Armaganidis A, Baras M, et al. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. Intensive Care Med. 2007 Oct;33(10):1732-9.
13. Bulow HH, Sprung CL, Reinhart K, Prayag S, Du B, Armaganidis A, et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2008 Mar;34(3):423-30.
14. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. Lancet. 2005 Aug 27-Sep 2;366(9487):774-9.
15. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. J Clin Oncol. 2010 Jan 20;28(3):445-52.
16. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, et al. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. JAMA Intern Med. 2013 Jun 24;173(12):1109-17.
17. Bulow HH, Sprung CL, Baras M, Carmel S, Svantesson M, Benbenishty J, et al. Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study. Intensive Care Med. 2012 Jul;38(7):1126-33.

18. Iyilikci L, Erbayraktar S, Gokmen N, Ellidokuz H, Kara HC, Gunerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004 Apr;48(4):457-62.
19. Ozkara E, Hanci H, Civaner M, Yorulmaz C, Karagoz M, Mayda AS, et al. Turkey's physicians' attitudes toward euthanasia: a brief research report. *Omega (Westport)*. 2004;49(2):109-15.
20. Wilson ME, Samirat R, Yilmaz M, Gajic O, Iyer VN. Physician staffing models impact the timing of decisions to limit life support in the ICU. *Chest*. 2013 Mar;143(3):656-63.
21. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Critical care medicine*. 2008 Mar;36(3):953-63.
22. Zamperetti N, Piccinni P. Intensivists managing end-of-life care: dwarfs without giants' shoulders to stand upon. *Intensive care medicine*. 2010 Dec;36(12):1985-7.
23. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Aug;24(2):91-6.
24. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2003 Sep;31(9):2255-62.
25. Ferris FD, von Gunten CF, Emanuel LL. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J Palliat Med*. 2003 Aug;6(4):605-13.
26. Matzo ML, Sherman DW, Penn B, Ferrell BR. The end-of-life nursing education consortium (ELNEC) experience. *Nurse Educ*. 2003 Nov-Dec;28(6):266-70.
27. Weissman DE, Mullan PB, Ambuel B, von Gunten C. End-of-life curriculum reform: outcomes and impact in a follow-up study of internal medicine residency programs. *J Palliat Med*. 2002 Aug;5(4):497-506.
28. Smith L, O'Sullivan P, Lo B, Chen H. An educational intervention to improve resident comfort with communication at the end of life. *J Palliat Med*. 2013 Jan;16(1):54-9.
29. Yuen JK, Mehta SS, Roberts JE, Cooke JT, Reid MC. A brief educational intervention to teach residents shared decision making in the intensive care unit. *J Palliat Med*. 2013 May;16(5):531-6.
30. Phillips B BC, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, et al. . Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001). 2001; Available from: www.cebm.net/?o=1025.

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararları

Prof.Dr. Kaya Yorgancı, Uzm. Dr. İsa Sahar

yorganci@hacettepe.edu.tr, isa.sahar@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D

Yoğun bakımlarda temel amaç hastaların hayatını tehdit eden sorunları tedavi etmek veya hayatı tehdit eden sorunların ortaya çıkmasını önlemektir. Dünya’da ve ülkemizde hastanede yatış süreleri kısaltmakta, öte yandan yoğun bakım gereksinimi duyan hasta sayısı giderek artmaktadır. Bu durumu bir örnek üzerinden somut sayılarla ifade edelim. Hacettepe Üniversitesi genel cerrahi kliniklerinde on yıl önce 110 hasta servis yatağı vardı ve yılda ortalama 2000 ameliyat yapılmıyordu. Günümüzde hastane fiziksel koşullarının iyileştirilmesi çalışmaları ile 80 dolayında bir yatak sayısına düşmemize rağmen yılda 3500 ameliyat yapılmaktadır. Bu sayılar dünya gerçekleri ile birebir uyum içerisindedir. Çünkü cerrahi kliniklerinde yatak sayısı gereksinimi giderek azalmaktadır, hastalar daha kısa sürede taburcu edilebilmekte, hastalara daha geniş ameliyatlar daha non-invaziv yöntemlerle yapılabilmektedir. Yoğun bakımlarda ise bunun tam tersi söz konusudur. Dünya’da yoğun bakım gereksinimi duyan hasta sayısı ve yoğun bakım yatak sayıları giderek artma eğilimindedir. Bu gereksinimin artma nedenleri çeşitlidir ancak, cerrahi hastalardan bahsedecek olursak; giderek daha komplike ameliyatların yapılması, ağır travma hastalarının hastane öncesi kurtarma ve ilk yardım olanaklarının gelişmesi ile yaşayabilir ve hastaneye ulaşabilir hale gelmesi, onkolojik olguların yandaş tedavi yöntemleri ile daha fazla yaşatılabilmesi gibi durumlar yoğun bakım hasta sayısının artmasına neden olmaktadır.

Yoğun bakımda yatan hastanın izlem ve tedavisi yoğun insan gücü gerektirir. Yapılan her türlü tedavi ve girişim orta ve yüksek risklidir ve maliyetlidir. Her geçen gün bu hastalara uygulanan işlemlerde daha fazla yüksek teknoloji kullanılmaktadır. Bunlar da beraberinde hekime ve sağlık çalışanına yoğun bir etik sorumluluk ve yük getirmektedir. Kuşkusuz hukuki sorunlar da bunlara eklenebilir.

Bahsettiğimiz etik sorumluluklar; temel etik ilkeler, tedavi ve her türlü girişim için aydınlatılmış onam alınması, tıbbi karar verme sürecine hasta ve hasta yakınlarının dâhil edilmesi, yoğun bakımlarda sıkça uygulanan kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve olası sonuçlarının hasta ve hasta yakınları ile paylaşılması, yaşamın son dönemine ait kararların tartışılmasıdır. Yaşamın son dönemine ait kararlar içinde tedavi sınırlamaları, yeni bir tedaviye başlama(ma) kararı, prognozun bilinmesi ve boşuna tedavi gibi konular yer alır.

Kitabın bu bölümünde bahsi geçen yaşamın son dönemine ait kararlarda cerrahi yoğun bakım hastalarına özgü sorunlar ve yazarların bu konudaki görüşlerine yer verilecektir.

Çağdaş Sağlık Hizmetinin Temel İlkeleri ve Etik Sorumluluklar

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımladığı şekli ile - yoğun bakımlar da dâhil - her türlü sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinin 6 ana ilkesi vardır. Verilen sağlık hizmeti;

- 1) Güvenli
- 2) Etkin
- 3) Hasta Odaklı
- 4) Zamanında
- 5) Yeterli ve

6) Adil olmak durumundadır.

Cerrahi yoğun bakımlarda verilen sağlık hizmetini bu altı ana ilke doğrultusunda irededeleyelim: Yoğun bakımların hastanelerin en riskli ortamları olduğu açık olarak bilinmektedir. Bu hastalar çok sayıda, ince titrasyon gerektiren, yoğun ilaç tedavileri alırlar. Her türlü acil cerrahi girişim gerekliliği her an söz konusu olabilir. İlaç tedavilerinin sayısı arttıkça olası ilaç ve tedavi hata riski yükselir. Bu nedenle günümüzde en gelişmiş yoğun bakımlarda dahi verilen tedavi hizmetlerinin güvenli olduğunu söylemek zordur. Acil cerrahi girişimler ise, zaten yüksek riskli olan hastalarda her türlü komplikasyon ve istenmeyen sonuçlara açıktır.

Bir tedavi yönteminin hasta üzerinde olumlu etkisinin olması kuşkusuz en önemli gerekliliktir. Ancak yoğun bakımlarda tedavi edilen hastaların bir kısmı her türlü tedaviye rağmen hayatını kaybetmekte veya kalıcı sakatlıklarla yoğun bakımlardan ayrılmaktadırlar. Bunun birçok nedeni söz konusudur. Hastalıklarının karmaşıklığı, geri dönüşümsüz hasar ve hastalıkların varlığı, tanı zorlukları, değişik organ yetmezliklerinin tedavi edilemez durumda olması bunlardan bazılarıdır. Bu nedenle yoğun bakımlarda yapılan tedavi girişimlerinin her zaman, hatta bazı hastalarda çoğu zaman etkin olduğunu söylemek zordur.

Kuşkusuz hekimliğin en temel gerekliliği tanı ve tedavi girişimlerinin hasta odaklı olması zorunluluğudur. Bahsi geçen altı çağdaş sağlık hizmeti ilkelerinin, yoğun bakımlar için en sorunsuzu bu koşuldur ve yoğun bakımlarda yapılan her türlü girişim ve tedavi hasta odaklıdır.

Kritik hastalarda ortaya çıkan komplikasyonların zamanında tanı ve tedavisi mümkün olmayabilmektedir. Bir örnekle açıklayacak olursak; radikal bir cerrahi girişim olan total gastrektomi sonrası yoğun bakımda izlenen bir hastada ortaya çıkan anastomoz kaçağı ve buna bağlı sepsisin erken tanısı, bir diğer söylemle zamanında tanısını koymak mümkün müdür? Veya böyle bir hastada “erken tanı” veya “zamanında” tanı kavramı net midir? Kanımızca bu sorulara verilecek yanıt “hayır”dır. Çünkü total gastrektomi sonrası anastomoz kaçağı olan bir hastada tanıyı ne kadar erken koyarsanız koyun belli bir gecikme söz konusudur ve bu nedenle yoğun bakımdaki hastada her türlü tanı ve tedavi girişimlerinin zamanında yapılabilir olduğunu iddia etmek oldukça güçtür. Benzer şekilde, yapılan tedavi ve girişimlerin yeterliliği bazen çok göreceli kalabilmektedir.

Yoğun bakımda sağlık hizmetlerinin sunumunda adil olunması çok önemli, ancak her zaman uygulaması zor olabilen bir durumdur. Adalet gerekliliği en çok hasta triajında karşımıza çıkan bir durumdur. Sınırlı olan yoğun bakım hizmetlerinin adil bir şekilde dağıtılması, çok önemli ve gereklidir.

Yukarıda bahsettiğimiz çağdaş sağlık hizmetlerinin temel altı gerekliliğinin - en azından - bir kısmını yoğun bakımlarda tam karşılayamıyor durumdayız. Özellikle yaşamın son dönemindeki bir hastada bu durum maalesef hekimi çok zorlamakta, karar verme sürecini zora sokabilmektedir.

Öte yandan temel etik sorumluluklarımızın başında her türlü tanı ve tedavi girişiminde “Mutlak hasta yararının gözetilmesi”, “Hastanın kendisi ile ilgili kararları verme yetkisi” olduğunun bilinmesi ve “Kaynakların kullanımında adil olunması” gelmektedir. Verilmesi gereken çağdaş sağlık hizmetleri ile temel etik sorumluluklarımızı üst üste koyduğumuzda ise hepsinin tümüyle örtüşmediğini görmekteyiz. Özellikle yaşamın son dönemindeki hekim tutum ve kararları konusunda bu örtüşmenin daha da azaldığını görmekteyiz.

Herhalde şu çıkarımda bulunmak yanlış olmayacaktır: Yoğun bakımlarda verilen sağlık hizmetinin – hastaların ciddiyetinden kaynaklanan nedenlerle – istenilen düzeyde olmadığını söylemek mümkündür ve bu durum yaşamın son dönemindeki hastalarda hekimi çok zorlayıcı bir noktaya sürüklemektedir. Hekim, etik sorumlulukların bilincinde olmasına rağmen karar vermekte zorlanabilmekte, bunların olası hukuki sorumluluğu ise ayrı bir endişe uyandırmaktadır.

Cerrahi Yoğun Bakımda Yaşamın Son Dönemindeki Hasta

“Yaşamın son dönemi” kavramı ölümün kaçınılmaz ve çok yakın olduğu süreci kapsar. Diğer hasta gruplarında olduğu gibi cerrahi yoğun bakım hastasında da bu sürece bir kanser hastasında olduğu gibi yavaş yavaş yaklaşılabılır veya ani gelişen ve geri dönüşümsüz bir hastalıkla, daha önce normal yaşamını süren bir hasta çok kısa sürede yaşamın son dönemi sürecine girebilir.

Diğer hasta gruplarından farklı olarak yaşamın son döneminde olan cerrahi hastalıklar ana hatları ile aşağıda verilmiştir.

- 1) Ağır travmalar
 - a) Ciddi kafa travmaları
 - b) Major organ/doku yaralanmaları
 - c) Yaşlı hastalarda % 70’in üzerindeki yanıklar
- 2) Tedaviye yanıtız ve progresyon gösteren maligniteler
- 3) Normal yaşamla bağdaşmayacak cerrahi sorunlar (masif ince ve kalın barsak rezeksiyonu gerekliliği gibi)
- 4) Major/Katastrofik cerrahi komplikasyonlar

Yukarıda belirtilen durumlarda, yapılan veya yapılacak cerrahi girişimlerin sonuçlarının iyi olacağını beklemek her zaman mümkün değildir. Bunu yaşanmış bir örnekle açıklayacak olursak; kolon kanseri nedeniyle 3 yıl önce ameliyat edilmiş bir hasta peritoneal karsinomatozis ve intestinal obstrüksiyon ile hastaneye başvuruyor. Genel durumu çok iyi olmayan ve beslenme bozukluğu olan bu hastanın tedavisini planlamak hakikaten çok güçtür. Kanser tedavisine rağmen hastalığı ilerleme göstermiştir ve intestinal obstrüksiyon gibi cerrahi girişim gerektiren bir hastalığı söz konusudur. Peritoneal karsinomatozisi olduğu için ameliyatta obstrüksiyonu giderici bir girişim olasılığı düşüktür. Yapılacak cerrahi girişimde hastaya zarar verebilecek durumlar söz konusu olabilir (iatrojenik barsak yaralanması gibi). Genel durumu ve beslenme bozukluğu nedeniyle hastanın ameliyat sonrası iyileşme süreci uzayacak veya mümkün olmayacaktır. Peki, böyle bir hastada cerrah ne yapmalı, nasıl davranmalıdır? Böyle bir hastayı ameliyat etme veya etmeme kararını vermek çok zordur.

Aşağıda, böyle durumlarda cerrahların sorumluluklarının ne olduğu ve nasıl davranması gerektiği anlatılmıştır.

Cerrahların Yaşamın Son Dönemindeki Hastalarla İlgili Sorumlulukları

Yaşamın son dönemindeki hastada hekimin en önemli sorumluluğu hastaların ve hasta yakınlarının onurlarına saygı duymaktır. Hasta ve ailelerinin isteklerine duyarlı olunmalı ve saygı duyulmalıdır. Hasta/hasta yakınlarının isteklerine en uygun takip ve tedavi seçenekleri tercih edilmelidir. Bu noktada en önemli konu hasta yakınlarının isteklerinin herhangi bir art/başka niyetlerinin olmadığına bilinmesi, emin olunmasıdır. Bunun için de hasta yakınları hastanın durumu hakkında sürekli bilgilendirilmeli, sürece başından beri dâhil edilmelidir. Böylece hasta yakınları tanınmış olur ve sağlıklı karar vermeleri sağlanır. Gerekğinde cerrah, başka meslektaşlarından, diğer yoğun bakım hekimlerinden, sosyal hizmet uzmanlarından yardım alabilir.

Yaşamın son dönemindeki hastanın ağrı ve benzeri yakınmaların giderilmesi sağlanmalıdır. Bu konuda çok radikal davranılmalıdır. Ağrının giderilmesi her zaman ağrı kesicilerle sağlanmayabilir. Kendisine

acı veren girişimlerin anestezi altında uygulanması, kendisine acı veren yaralarının sık pansumanlarla sağaltılması gibi yöntemler de bu tür hastalarda sıklıkla gerekli olabilir.

Hastanın psikolojik, sosyal ve dini inançlarını bilmek, öğrenmek ve göz önüne almak son derece önemlidir. Yoğun bakımlar her ne kadar hasta odaklı olsa da sosyal olarak mekanik ortamlardır ve hasta ve hasta yakınlarının kendilerini rahat hissetmeleri zordur. Bu nedenle yaşamın son dönemindeki hastaya hasta yakınlarının kendi inanç ve kültürleri doğrultusunda gerekli gördükleri şeyleri yapmasına mümkün olduğu kadar izin verilmesi gerekir.

Yaşamın son dönemindeki hastaya yapılacak her türlü girişim ve tedavide hastanın geride kalan yaşam kalitesini artıracak uygulamaları ön planda tutmak gerekir. Bazen sonucunun iyi olmayacağı neredeyse kesin olan bir girişimi yapmak yerine hastayı sedatize etmek – hasta ve hasta yakınlarının iznini de alarak – daha uygun bir yaklaşım olabilir. Hastaya zahmet verecek ve/veya acı çektirecek her türlü girişimden kesinlikle kaçınılmalıdır.

Her koşulda hastanın kendisine yapılacak tedaviyi kabul etmeme hakkının olduğunu bilmek gerekir. Bu noktada hasta ve hasta yakınlarının yapılacak tedavinin ne olduğu konusunda tam ve net bilgilendirildiğinden emin olmak gerekir.

Sonsöz

Günümüzde yaşamın son dönemi ile ilgili hekim tutumları ile konular giderek daha fazla tartışılmaktadır. Tartışılması da doğrudur. Ancak böyle kritik bir konuda daha alınacak çok yolumuz olduğu açıktır. Hekimler bu konuları bir tek kendi içlerinde tartışmamalı toplum bu tartışmaların içinde yer almalıdır. Yasa konuyucuların da içinde olduğu bir süreçte hem hastaların daha onurlu bir yaşam sürerek hayatlarını sonlandırmaları sağlanmalı ve hem de hekimler, hekimlik mesleğinin yüceliğine yakışır bir davranış şekli geliştirebilmelidirler.

Kaynaklar:

1. http://www.who.int/topics/health_policy/en/
2. American College of Surgeons' Committee on Ethics, Bulletin of the American College of Surgeons. Vol 83.No.4. P.46
3. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2012.
4. Paul Olson TJ, Pinkerton C, Brasel KJ, Schwarze ML. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review. JAMA Surg. 2014 Apr;149(4):383-92.
5. Scarborough JE, Pappas TN. The effect of do-not-resuscitate status on postoperative mortality in the elderly following emergency surgery. Adv Surg. 2013;47:213-25.

Anesteziyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşamın Sonu Kararları

Prof. Dr. Seda Banu AKINCI

sedabanu@yahoo.com

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

Yoğun Bakım Ünitelerinin (YBÜ) Temel Görevleri kesin fizyolojik amaçları gerçekleştirmek, belirli bir süre için yaşamı uzatmak kadar yoğun bakım sonrasında hastayı bağımsız yaşama döndürmek ve hastanın yaşam kalitesini artırmak olmalıdır. Yaşam kalitesi çok değişkenli bir konsepttir ve işlevsel kapasite, fizyolojik fonksiyonlar, duygudurumları, duygusal/dinsel davranışlar, sosyal ilişkiler, ekonomik aktiviteler yanında en önemlisi hastanın kendi hastalığının subjektif olarak nasıl algılandığı ile ilişkilidir. Yoğun bakımın yaşam kalitesine katkısı en çok yaşamın sonu kararları verilirken tartışılır.

Yaşamın sonundaki kararlar yoğun bakım yatışının değişik süreçlerinde karşımıza çıkar. İlk zor karar yoğun bakım ünitesine yatış kararıdır. Yaşlı hastalar YBÜ yatışı istemeyebilirler. Daha önce YBÜ’de yatanlar da bir daha YBÜ yatışı istemeyebilirler. YBÜ yatışı sırasında ise resusitasyon yapılmaması emri (DNR), tedavinin kısıtlanması ve yoğun bakım ünitesinden taburculuk sırasında kronik bakım hastasının taburculuk sonrasında bakım sorunları gibi her aşamada zor kararlar almak gerekir.

Yaşam kalitesi ve beklentiler kişiden kişiye değişebilen kavramlardır. Örneğin yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının hastalarının yatış öncesindeki yaşam kalitelerini bile ne kadar doğru değerlendirebildikleri şüphelidir. Hastalar genellikle kendi yaşam kalitelerini aile üyeleri veya bakıcılarına göre daha üst düzeyde derecelendirir (1) ve yoğun ve agresif tedavileri almak isteyebilir (2). Sağlık çalışanları sıklıkla yaşlı, kronik veya terminal hastalığı olan veya yoğun bakımda yatmakta olan hastaların kendilerinin de karar verme aşamasında yetersiz olduklarını düşünmektedir (3). Bu nedenlerle yaşamın sonu kararları verilirken en baştaki sorun bu kararı kimin vereceğidir.

Araştırmalar, pek çok son dönem yaşlı hastanın ıztırabı azaltan ve konfor arttıran tedavileri yaşam uzatıcı tedavilere tercih ettiklerini göstermiştir (4,5). Bu tarz tedavileri uygulama kararı hastanın ilerlemiş yaşına bağlı olarak değil yarar-zarar ilişkisine göre değerlendirilmelidir.

Yoğun bakıma yatan hastalarda yaşamın sonu ile ilgili alınacak en önemli kararlardan biri hasta yoğun bakımda yatarak arrest olursa resüsite edip edilmeyeceğidir. Bu kararla ilgili diğer pekçok ülkede resüsite edilmemesine izin veren yasalar ve bu kararın koşulları ile ilgili düzenlemeler tamamlanmışken, ülkemizde yasal olarak henüz uygulanamamaktadır. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulanmasının istenmemesindeki en önemli neden yoğun bakımda KPR sonrası sağkalım ve kaliteli bir yaşam şansının düşük olmasıdır. Günümüzde kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sonrasında hasta taburcu olana kadarki hayatta kalma oranı kardiyak arrestin nedenine bağlı olarak değişmekle birlikte %0-20 arasında gerçekleşmektedir (6,7). Yoğun bakımdaki KPR başarısında yaş en önemli belirleyici değildir; arrest öncesi komorbiditesi, spesifik ilk aritmi ve altta yatan kardiyak hastalık daha önemli belirleyicilerdir (7).

KPR yapılmaması emri (DNR, do-not-resuscitate) talimatı hasta isteğiyle hasta özerkliğini yansıtsa da hastanın terk edilmişliği hissinin hasta yakınlarına yaşatılmaması gererekir. DNR talimatı uygulamaları ülkeden ülkeye değiştiği gibi aynı ülke içinde de uygulama farklılıkları görülebilmektedir. Örneğin, ABD’de erken DNR talimatı 50-59 yaş hastalarda %2, 80 yaş üstü hastalarda %17 olarak verilirken, büyük merkezlerde ve akademik hastanelerde daha nadirdir. DNR talimatı merkezlerin, teknolojinin ve hekimlerin özelliklerine bağlı değişebilir ve bu değişkenliğin hasta isteklerine ne kadar uyduğu merak uyandırmaktadır (8).

Suudi Arabistan'da 249 doktor üzerinde iki tane sanal hastada DNR talimatı ile yapılan bir çalışmada yaşlı fakat halen çalışmakta olan bir hastada doktorların % 16'sı DNR talimatı vereceklerini bildirirken, demanslı genç hasta % 61 oranında DNR talimatı vereceklerini bildirmişlerdir. DNR talimatı açısından hastanın değer yargıları kadar dini ve kanuni çekinceler de maliyetten daha önemlidir. Fonksiyonel durum biyolojik yaştan önemlidir. Ne yazık ki lokal politika ve kılavuzlar Suudi Arabistan'da yetersiz olarak bildirilmiştir (9).

DNR talimatı ile ilgili güncel sorunlar bu talimatın yaygın olduğu ülkelerde bile henüz aşılamamıştır. Hastalarla erken konuşulmadığında DNR talimatını hastaların yerine hasta yakınları vermektedirler. Doğrusu hastalar halen sağlıklı iken doktorları ile DNR talimatı hakkında konuşmalıdır çünkü hasta yakınları yaşlı hastaların yaşam kaliteleri gibi KPR konusundaki düşüncelerinin çok iyi tahmin edememektedir. Fakat erken sorgulamanın bir sorunu hastaların zamanla fikrini değiştirebilmesidir. Sorgulama biçimi de DNR tercihini değiştirebilmektedir (10,11).

DNR talimatının daha yaygın olduğu ABD'de bile 1000 yaşlı yoğun bakım hastasının sadece 1/4'ü bir doktorla KPR hakkında konuşabilmektedir. Hastalarla erken konuşulmadığında, hastalar kendi fikirlerini beyan edemeyecek duruma geldiklerinde, DNR talimatını hastaların yerine hasta yakınları vermektedirler. Oysa yapılan çalışmalarda yaşlı hastaların halen sağlıklı iken doktorları ile DNR talimatı hakkında konuşmak istediklerini ortaya koymuştur. ABD'de yaşlı (>70 yaş) yoğun bakım hastalarının 2/3'ü KPR istemektedirler (12).

Hastaların KPR hakkındaki kararları bu konuşmayı kimin yaptığı, kimimle konuştuğu, ne kadar bilgi verdiği ne zaman konuştuğu ile doğrudan ilişkilidir (13).

Tüm bu sebeplerler nedeniyle DNR konusunda doktorların çekinceleri devam etmektedir. Bir kısım doktor hastaların ne düşündüğünü zaten bildiklerini düşünmektedirler bir kısmı ise uzun uzadıya ve tekrarlayan DNR görüşmeleri için zamansızlık ve yaşlılardaki duysal ve bilişsel yetersizlikten şikâyet edebilmektedir. Daha doğru DNR kararları alınabilmesi için hasta - hekim iletişiminin geliştirilmesi, bu konudaki bilgi birikiminin topluma ve sağlık çalışanlarına doğru şekilde iletilmesi, görsel, işitsel araçlarla desteklenmesi, hastane, ülke politikalarının kesinleştirilmesi ve ülkemizde doktorlar, etikçiler, hukukçular, hastane yönetimi tarafından yapılandırılması gerekmektedir.

Yoğun bakımda yaşamın sonu ile ilgili bir diğer zor karar tedavinin kısıtlanması veya kesilmesidir (WOLS, withholding or withdrawal of life support). Tıpta ve buna paralel olarak YBÜ'de uygulanan tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi daha önceleri ölümle sonuçlanacak durumlarda yaşam süresini uzatmayı mümkün hale getirmiştir. Bu nedenle günümüzde terminal ve irreversibl hastalığı olan hastalarda "yaşam desteğinin verilmemesi veya kesilmesi (withholding or withdrawal of life support)" kavramı çoğu zaman gerekli ve kabul edilebilir hale gelmiştir (14). Hastaya verilmekte olan yaşamı destekleyici tedavinin kesilmesi 'withdrawal of life support', destek tedavisine başlanmaması ise 'withholding of life support' olarak tanımlanmaktadır.

Tedavinin kesilmesi veya hiç başlatılmaması arasında etik açıdan fark olup olmadığı sorusu akla gelir. Her iki durum arasında etik açıdan farklılık olmadığı teoride kabul edilse de, uygulamada tedavinin kesilmesi tedaviye hiç başlanmamasına göre sıklıkla daha zordur. Örneğin, İsveç'te hekimlerin %50'sinin yaşam desteğini kesmek ile yaşam desteği vermemek arasında fark olduğunu düşündüğü gösterilmiştir (15).

Yaşam desteğinin kesilmesi veya başlatılmaması kararının kimin tarafından alınacağı da irdelenmesi gereken bir ögedir. Aydınlatılmış onam doktrinine göre hastaların, eğer hukuki ehliyeti varsa bu konuda karar verme hakkı vardır. Yine bu konuda ailelerin de görüşü alınmalıdır. Avrupa'da aileler ABD'dekilere göre yaşam desteği konusundaki karara daha az katılmaktadır. Asch ve arkadaşlarının 879 YBÜ hekimi üzerinde yaptıkları çalışmada, ABD'de bile hasta yakınlarının desteğin kesilmesini istemelerine rağmen hekimlerin 1/3'ünün devam ettirdiği, >%80'inin tek taraflı olarak eğer hasta ölümcül durumda ise desteği azalttığı ortaya çıkmıştır (16). Yaşamsal tedavilerin kesilmesi basamaklı

olarak yapılmaktadır. Mekanik ventilasyon, kan ürünleri, hemodiyaliz, vazopressörlerin, total parenteral beslenmenin, antibiyotiklerin, intravenöz sıvıların, enteral besinlerin kesilmesinden sonra hasta öldükten sonra ailesini teselli etmek ve ölümden sonra yapılması gerekenler konusunda bilgilendirmek gerekir. Hasta üzerinin kapatılması, hasta yakınları gittikten sonra yapılmaktadır (16).

Avrupa’da 31417 YBÜ hastasında yapılan bir çalışmada %14 ölüm/ tedavi sınırlaması, %20 başarısız KPR, %8 beyin ölümü, %38 tedavinin başlanmaması,% 33 tedavinin kesilmesi ve %2 ölüm sürecinin kısaltılması uygulandığı saptanmıştır. Yedi ülkede uygulanan ölüm sürecinin kısaltılması sırasında opioidler ve benzodiyazepinler semptomatik tedavi dozunda kullanılmıştır. Tedavinin sınırlandırılması uygulama oranları hastanın yaşına, akut tanısına, kronik hastalığına, yoğun bakım ünitesinde yattığı gün sayısına, ülkeden ülkeye ve dine göre değişmektedir (17).

Yoğun bakımda yaşamın sonu kararları içim temel görüşlerde hemfikir olunmalı, hasta hazırlığı, hastanın yakınlarının hazırlığı, yoğun bakım ekibinin hazırlığı, hastanın yaşamsal fonksiyonlarının idamesinde kullanılan ilaçlar ya da tedavisel yaklaşımlar sonlandırılması gerekmektedir. Hemfikir olunması gereken görüşler: Hastanın yaşamı devam ettiren tedavileri reddetme hakkı olduğu, öldürme ile ölüme bırakmanın farklı kavramlar olduğu ve olağan ve olağandışı tedavi yaklaşımlarının şartlara göre değişebildiği, hastaların son dönemlerinde iyi bakılmalarının insana saygının gereği olduğu ve analjezik ve sedatiflerin hastanın konforunu sağlayacak şekilde verilmesi gerektiğidir. Hasta hazırlığında ağrı ve distresin giderilmesi, aile ve arkadaşları ile görüştürülmesi, kontrol ve onurun korunması, aile ve kültürel beklentilerin sağlanması ve ruhani anlam ve tatminin kazanılması önemlidir. Hastanın yakınlarının hazırlığı öncelikle doğru ve tam bilgilendirilme, ölen insanla birlikte olabilmemesinin sağlanması, hasta yakınına da bu süreçte yardımcı olunması, hastanın konforu konusunda ikna edilmesi, duygularını ifade edebilmesine izin verilmesi, arkadaş ve diğer aile üyelerinden güven ve destek sağlanabilmesi ve sağlık ekibinden güven ve destek verilmesidir. Yoğun bakım ekibinin hazırlığında açık iletişim sağlanabilmesi, ekip üyeleri arası kooperasyon, uyum ve idari destek gereklidir. Yoğun bakım ekibinin başa çıkamadığı ikilemlerin oluşabildiği durumlarda etik konsültasyon istenmelidir (18,19).

Yoğun bakımda yaşamın sonu ile ilgili tartışılması gereken bir başka karar hastanın yoğun bakım ünitesinden çıkışından sonraki bakımı ile ilgili kararlardır. Bir vaka üzerinden tartışmak gerekirse: 79 yaşında hipertansiyon, dilatekardiyomiyopati, atriyal fibrilasyon hikayesi olan erkek hastanın hastanede kardiyak arrest ve kardiyopulmoner resüsitasyon sonrasında hipoksik beyin hasarlı kalması sonrasında ve bakım hastası olarak yoğun bakım taburculuğunda verilmesi gereken karar tartışılabilir. Hastanın ailesi Diyarbakır’da ve eşi 70 yaşında kızı tarafından bakıldığı durumda tek oğlu Ankara’da garson olarak çalışmakta ve ailenin geçimini sağlamaktadır. Ailenin ekonomik durumu evde bakıcı tutacak durumda değilse sağlık sisteminin evde bakım, evde bakıma ekonomik ve tıbbi destek veya özel bakımevleri sağlayabiliyor olması gereklidir. Ülkemizde son yıllarda bu konuda çok ilerleme olsa da henüz ihtiyacın tümünü karşılamaktan uzaktır. Aile, hastasının bir daha kalbi durduğunda çalıştırılmasını istememektedir. Böyle bir hastada yaşamın sonu ile ilgili kararlar bir daha yoğun bakıma kabul edilip edilmemesi, yoğun bakım yatışı sırasında tedavinin kısıtlanması, DNR ve taburculuğunda bakım sorunu ile önümüze gelecektir. Ne yazık ki ülkemizde yaşamın sonu kararları hukuki olarak desteklenmemektedir ve suç olarak kabul edilmektedir.

Türk hukukunda kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamasının sınırlandırılması veya geri çekilmesi ile ilgili bir bölüm olmamasına karşın tedaviyi reddetme hakkının mevcut olup olmadığı veya ne ölçüde var olduğu ve bu hak varsa kimler tarafından kullanılabileceği sorularının ele alındığı ötanazi konusu yer almaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998) 13. Maddesinde (Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma) “ Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez.” şeklinde yer almaktadır.

DNR'nin tam karşılığı Türk hukukunda yer almasa da ötanazi konusunda geçen ve özellikle pasif ötanazi konusunda hastanın tedaviyi reddetme ve yaşam sürdürücü tedaviyi kabul etmeme hakkı olarak kullanılan tanımlamalar, DNR uygulamasının bu kapsama gireceği ve muhtemel cezai uygulamaların da bu doğrultuda olacağı düşüncesini akla getirmektedir. Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliğinin 30. maddesinde bilgilendirilmiş onayın geçersiz olacağı durumlar arasında DNR ve ötanazi konusunda alınacak onamların da olduğu belirtilmiştir.

Yoğun bakımda yaşamın sonu kararları etik, tıbbi, kanuni, sosyokültürel ve ekonomik yönleriyle zor kararlardır. Yoğun bakım çalışanları bu tip zorluklarla her gün karşılaşmaktadır ve bunlara hazırlıklı olmalıdır. Gelişmiş teknoloji yaşamı destekleyebilir, ancak bu aşamada yaşam kalitesi kavramı yeniden tanımlanmalıdır (20).

Kaynaklar:

1. Epstein AM, Hall JA, Tognetti J, et al. Using proxies to evaluate quality of life. Can they provide valid information about patients' health status and satisfaction with medical care? *Med Care* 1989; 27(3 Suppl):S91-8.
2. Penson RT, Daniels KJ, Lynch TJ Jr. Too old to care? *Oncologist* 2004;9(3):343-52.
3. Weinstock R, Copelan R. Competence to give informed consent for medical procedures. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1984;12(2):117-25.
4. Somogyi-Zalud E, Zhong Z. The use of life-sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):930-4.
5. Yellen S, Cella D. Age and clinical decision making in oncology patients. *J Natl Cancer Inst* 1994;86(23):1766-70.
6. Tunstall-Pedoe H, Bailey L, Chamberlain DA, Marsden AK, Ward ME, Zideman DA. Survey of 3765 cardiopulmonary resuscitations in British hospitals (the BRESUS study): methods and overall results. *BMJ* 1992; 304: 1347-51.
7. Lee HK, Lee H, No JM, Jeon YT, Hwang JW, Lim YJ, Park HP. Factors influencing outcome in patients with cardiac arrest in the ICU. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013 Jul;57(6):784-92.
8. Zingmond DS, Wenger NS. Regional and institutional variation in the initiation of early do-not-resuscitate orders. *Arch Intern Med*. 2005 Aug 8-22;165(15):1705-12.
9. Al-Mobeireek AF. Physicians' attitudes towards 'do-not-resuscitate' orders for the elderly: a survey in Saudi Arabia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2000 Mar-Apr;30(2):151-60.
10. Friedman S, Gilmore D. Factors that impact resuscitation preferences for young people with severe developmental disabilities. *Intellect Dev Disabil*. 2007 Apr;45(2):90-7.
11. Uy J, White DB, Mohan D, Arnold RM, Barnato AE. Physicians' decision-making roles for an acutely unstable critically and terminally ill patient. *Crit Care Med*. 2013 Jun;41(6):1511-7.
12. Cherniack EP. Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *J Med Ethics* 2002;28:303-7
13. Rhondali W, Perez-Cruz P, Hui D, Chisholm GB, Dalal S, Baile W, Chittenden E, Bruera E. Patient-physician communication about code status preferences: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2013 Jun 1;119(11):2067-73.
14. Varelas PN, Hacein-Bey L, Schultz L, Conti M, Spanaki MV, Gennarelli TA. Withdrawal of life support in critically ill neurosurgical patients and in-hospital death after discharge from the neurosurgical intensive care unit. *Clinical article. J Neurosurg*. 2009 Aug;111(2):396-404.

15. Melltorp G, Nilstun T. The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Intensive Care Med.* 1997 Dec;23(12):1264-7.
16. Asch DA, Faber-Langendoen K, Shea JA, Christakis NA. The sequence of withdrawing life-sustaining treatment from patients. *Am J Med.* 1999 Aug;107(2):153-6.
17. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA.* 2003 Aug 13;290(6):790-7.
18. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, DeVita MA, Rosenbaum SH, Rothenberg DM, Sprung CL, Webb SA, Wlody GS, Hurford WE. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2001 Dec;29(12):2332-48.
19. Thompson BT, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM, Cassell J, Hill NS, Hinds CJ, Pimentel JM, Reinhart K, Thijs LG; American Thoracic Society; European Respiratory Society; European Society of Intensive Care Medicine; Society of Critical Care Medicine; Société de Réanimation de Langue Française. Challenges in end-of-life care in the ICU: statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: executive summary. *Crit Care Med.* 2004 Aug;32(8):1781-4.
20. Hall RI, Rocker GM, Murray D. Simple changes can improve conduct of end-of-life care in the intensive care unit. *Can J Anaesth.* 2004 Jun-Jul;51(6):631-6.

Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Hekim Tutumu: Kültürlerarası Karşılaştırma*¹

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı^a, Prof. Dr. Nüket Örnek Büken^b

aysunbalseven@yahoo.com, nuketbuken@hotmail.com

^aHacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD,

^bHacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

Giriş:

Bu çalışma ülkemiz açısından yaşamın sonunda alınan kararlarda, değişik klinik durumlar üzerinden hekim-hasta ilişkisinde karar verme süreçlerinin işleme mekanizmalarını, bunun diğer kültürlerden farkını ortaya koymak ve bu farklılıkların nedenlerini tartışmak amacıyla planlanmıştır. Çalışmada 3 farklı senaryo üzerinden Türkiye'deki hekimlerin yaşamın sonunda karar verme süreçlerindeki tutumları değerlendirilerek, bu tutumlar Amerika Birleşik Devletleri, Japonya ve Suudi Arabistan hekimlerinin tutumlarıyla karşılaştırılarak kültürlerarası değerlendirme yapılmıştır.

Çalışmada kullanılan anket formundaki senaryolar Amerikalı ve Japon hekimlerin tutumlarının karşılaştırıldığı Ruhnke ve arkadaşlarının "*Ethical Decision Making and Patient Autonomy. A Comparison of Physicians and Patients in Japan and the United States*" başlıklı çalışmasından izinle alınmıştır. Aynı soru formunun kullanıldığı Mobeireek ve arkadaşlarının çalışması da referans alınmıştır. Böylece ülkelerarası karşılaştırma ve değerlendirme yapılması aynı soru formu üzerinden mümkün olmuştur. 3 farklı senaryonun yer aldığı anket formu Türk Tabipleri Birliği web sayfası aracılığıyla web sitesi üzerinden 30.000 hekime e-posta ile gönderilmiş, 4084 tanesi geri dönmüş ve değerlendirmeye alınmıştır.

Formda 3 farklı senaryoya hekimlerin katılım durumları sorulmuş, Likert in 4 lü skalasıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya katılan 4084 doktorun ortalama yaşı 40,3±8,7, %68,1'i erkek, %31,9'u kadındır.

Senaryo 1'de hastanın tedavi edilemez ileri dönem kanser hastalığı vardır.

Bu durumla ilgili 3 önermeye ait hekim katılımı yüzdeleri ülkelerarası karşılaştırma ile Tablo 1'de sunulmuştur.

¹ Bu araştırma Medicine and Law dergisinde yayınlanmış olup, araştırma sonuçlarının bir kısmı 08.05.2013 tarihinde Hacettepe Biyoetik Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi Tarafından düzenlenen Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar Toplantısında sunulmuştur. Toplantıda paylaşılan araştırma sonuçları bu makalede sunulmuş olup, araştırmanın tamamına Medicine and Law dergisinden ulaşılabilir.

Tablo 1: Senaryo 1. Hastanın tedavi edilemez ileri dönem kanser hastalığı vardır.

Klinik Durum	Hekim Katılımı (%)			
	ABD	Japonya	Suudi Arabistan	Türkiye
1.1. Doktor hastasına tedavisi mümkün olmayan ileri dönem kanser hastalığı olduğunu söylemelidir ve hastalığını ailesine söyleyip söylememe kararını hastaya bırakmalıdır.	80	17	67	61
1.2. Doktor hastanın ailesine ileri dönem kanseri olduğunu söylemelidir ve tanının hastaya söylenip söylenmeme kararını hastanın ailesine bırakmalıdır.	6	80	48	48
1.3. Varsayalım aile durumdan haberdar ve hastaya hastalığıyla ilgili bilgi verilmesini istemiyor. Doktor hastasını hastalığıyla ilgili olarak her durumda bilgilendirmelidir.	79	8	56	59

Ülkelerarası dağılıma bakıldığında yakınlarından önce hastanın bilgilendirilmesi gerekliliğini Amerikalı hekimlerin öncelediği, Türkiye ve Suudi Arabistanlı hekimler için bu oranların birbirine yakın olmakla birlikte Batıya ulaşamadığı, Japonya’da ise oldukça düşük oranda hekimin hastanın tanısının hasta yakınlarına söylenip söylenmeme kararını hastaya bıraktığı görülmektedir.

Günümüzde daha çok sayıda hekim geçmişe oranla hastaya gerçeğin söylenmesi konusunda duyarlıdır. Ancak yine de hekimlerin önemli bir oranı pek çok farklı nedenle gerçeği önce hasta yakınlarına söylemeyi tercih etmektedir. Ülkemizde hekim-hasta ilişkisinde en önde gelen sorunlardan birisi tedavi kararlarını hastanın değil, çoğunlukla hasta yakınlarının ve/veya hekiminin vermesidir. Yaşamın sonunda alınan kararlarda bu durum iyice belirginlik kazanmaktadır.

Toplumsal yapısını paternalistik tutumların belirlediği öteki ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de hekim hasta ilişkisinde hekim ilişkideki yetke ögesidir. Hekimle hasta arasında işbirliğinden çok birinin ötekini yönettiği bir ilişki söz konusudur. Ülkemiz gibi hekim hasta ilişkilerinde özerklik kavramından çok, hastaya zarar vermemenin öncelendiği toplumlarda ölümcül hastalığı olan kişilere üzücü şeyler söylenmesinin doğru olmadığını savunan hekimler vardır.

Batıda geliştirilen bilinçli katılım ve kişinin özerkliğine saygı ilkesini önceleyen uygulamalar her ne kadar kültürlerarası farklar, uygulamada farklılıklar olsa da evrensel değer olarak kabul edilmelidir. Hekimin hastasına doğruyu söylemekle, onun bedeni ve yaşamıyla ilgili kararların alınmasında haklarını tanımış ve en temeline insanlık değerlerine saygı göstermiş olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir.

Senaryo 2’de altı hafta içinde ölmesi beklenen mide kanserinin son dönemindeki hastanın giderilmesi mümkün olmayan şiddetli ağrıları vardır. Hasta doktordan çektiği acılara ve ağrılarına son verecek ve ölümüne neden olacak yüksek dozda ve çok miktarda ağrı kesici ilaç ister.

Doktorun hastayı bir kez gördüğü ve 20 yıldır tanığı iki durum için hekimlere yöneltilen önermelere ait hekim katılımı yüzdeleri ülkelerarası karşılaştırma ile Tablo 2 de sunulmuştur.

Tablo 2: Senaryo 2. Altı hafta içinde ölmesi beklenen mide kanserinin son dönemindeki hastanın giderilmesi mümkün olmayan şiddetli ağrıları var. Hasta doktordan çektiği acılara ve ağrılarına son verecek ve ölümüne neden olacak yüksek dozda ve çok miktarda ağrı kesici ilaç ister.

2.1. Doktor hastayı bir kez görmüştür.

2.2. Doktor hastayı yirmi yıldır çok iyi tanımaktadır.

Klinik Durum	Hekim Katılımı (%)			
	ABD	Japonya	Suudi Arabistan	Türkiye
2.1.1. Hastaya bu aşırı dozdaki ilaç 5	5	8	7	12
sağlanmalıdır.				
2.1.2. Varsayalım doktor hastanın ailesi ile 27	27	22	4	15
konuştu. Hastanın ailesi aşırı miktardaki ilacın verilmesini kabul etti. Doktor hastaya ilaçları sağlamalıdır.				
2.1.3. Varsayalım doktor hastanın ailesi ile 3	3	8	7	10
konuştu ve aile hastaya aşırı miktardaki ilacın verilmesini reddetti. Doktor bu durumda yine de hastaya ilaçları sağlamalıdır.				
2.2. Doktor hastayı yirmi yıldır çok iyi tanımaktadır.				
2.2.1. Doktor hastaya aşırı dozdaki ilaçları 39	39	25	10	29
sağlanmalıdır.				
2.2.2. Varsayalım doktor hastanın ailesi ile 48	48	35	5	27
konuştu. Hastanın ailesi aşırı miktardaki ilacın verilmesini kabul etti. Doktor hastaya ilaçları sağlamalıdır.				

Çalışmamızda Amerikalı hekimlerde hastayı bir kez gördükleri durum için hekim yardımcı intihara onay verme oranı en düşükken, Türkiyeli hekimler için diğer ülkelere göre daha yüksektir. Hastanın ailesi bu duruma onay verdiğinde Amerikalı, Japon ve Türk hekimlerin katılma oranları artmışken Suudi Arabistanlı hekimlerde bu oranın artmadığını görüyoruz.

Her ne kadar Mobeireek Suudi Arabistan’da yapmış olduğu çalışmasında bu durumu dini inançlara ve yaşamın kutsallığına bağlasa da, büyük çoğunluğunun Müslüman olduğu Türkiye’de, hekim yardımcı intihara katılım oranı Suudi Arabistan’dan farklı bulunmuştur.

Ancak tüm tek Tanrılı dinlerde yaşamın kutsallığına verilen önem göz önünde bulundurulduğunda Suudi Arabistanlı hekimlerin tutumunu sadece dini inançlarla açıklamak yerine, Doğu toplumlarına özgü geleneksel, kültürel ve davranışsal tutumların daha etkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Senaryo 3'te Hastanın ciddi, tedavi edilemez bir hastalığı vardır ve 6 haftadan fazla yaşaması beklenmemektedir. Durumu aniden kötüleşen hasta eğer solunum cihazına bağlanmazsa hemen ölecek, solunum cihazına bağlanırsa son birkaç haftasını solunum cihazına bağlı olarak geçirecektir. Doktorun hastaya solunum cihazı ile ilgili önerileri ve önerilerinin nedenlerini anlattığı durumla ilgili önermelere hekim katılım yüzdesi Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Senaryo 3. Hastanın ciddi, tedavi edilemez bir hastalığı var ve 6 haftadan fazla yaşaması beklenmiyor. Durumu aniden kötüleşiyor, eğer solunum cihazına bağlanmazsa hemen ölecek, solunum cihazına bağlanırsa son birkaç haftasını solunum cihazına bağlı olarak geçirecek. Hasta her şeyin tamamen farkında ve durumu hakkında bilgilendirildi. Doktor hastaya solunum cihazı ile ilgili önerileri ve önerilerinin nedenlerini anlattı.

Klinik Durum	Hekim Katılımı (%)			
	ABD	Japonya	Suudi Arabistan	Türkiye
3.1 Hastanın yeterliliği tam ve her şeyin tamamen farkında.				
3.1.1. Doktor ve hasta birlikte hastanın “ölümüne izin verilmesi” kararını verdi. Fakat aile hastanın solunum cihazına bağlanmasını istiyor. Doktor bu durumda hastayı solunum cihazına bağlamalıdır.	1	50	43	61
3.1.2. Hasta hemen ölümüne izin verilmesini istiyor, fakat doktor ve hastanın ailesi, hastanın solunum cihazına bağlanmasını istiyor. Hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır.	86	44	56	36
3.1.3. Doktor, hasta ve hastanın ailesi ölümüne izin verilmesini istiyor, fakat yine de hasta solunum cihazına bağlanmalıdır.	1	22	35	46
3.2. Hastanın karar verme yeterliliği yok.				
3.2.1. Doktor hastayı solunum cihazına bağlamak istiyor fakat ailesi hastanın ölümüne izin verilmesini istiyor. Bu durumda hasta solunum cihazına bağlanmalıdır.	18	35	53	74
3.2.2. Aynı zamanda bu hastanın böyle bir durumda ölümüne izin verilmesi konusunda daha önceden bildirilmiş kararı (direktif, yetkilendirme bildirimi) var. Doktor ve hastanın ailesi hastanın cihaza bağlanmasını istiyor. Hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır.	92	55	57	43

Çalışmamızda Türk hekimlerinin çoğunun yaşam desteğinin sürdürülmesinden yana olduklarını görüyoruz. Doktor, hasta ve hastanın ailesi ölümüne izin verilmesini istediği durumda dahi hekimlerin % 46'sı yine de hastanın solunum cihazına bağlanması gerektiğini düşünüyor. Her şeye rağmen hastayı yaşatma içgüdüğü alınan kararlarda yaşamı daima önceliklemektedir. Yine en belirgin olarak hasta özerkliğinin ve hastanın kararlarını ABD'li hekimler tarafından öncelendiğini görüyoruz.

En yüksek oranda Türk hekimlerin solunum cihazına hastanın yine de bağlanması gerektiğini düşündüklerini görüyoruz, burada da yine paternalistik tutum, hekim kararının öncelenmesi ve her koşulda hastanın yaşatılması isteği belirgin.

Yetkilendirme bildiriminin yine en yüksek oranda ABD'li hekimler tarafından dikkate alındığını görüyoruz.

Alman, Avusturya ve İsviçre Medeni Kanunlarında yetkilendirme bildirimlerinin ve yaşayan vasiyetlerin yer aldığını biliyoruz. Bu gün ortak gelinen nokta yaşamın sonu kararlarında önceden açıklanmış arzuların dikkate alınması gerektirir.

Klinik ve etik karar verme süreçlerini işletme konusunda ilgili tarafların verecekleri kararlar ait oldukları toplumun; ahlaksal, dini, sosyal, kültürel, hukuki yapısı, ülkelerin sağlık politikaları ve gelenekselleşmiş hekim tutumlarından da etkilenebilmektedir.

Yaşamın sonunda alınan kararlarda temel karar vericinin kim olduğu, hekim-hasta iletişimde klinik ve etik karar verme süreçlerinin nasıl işlediği çok sayıda araştırmanın konusu olmuş, kültürlerarası farklılıklar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Günümüzde globalleşen dünyada farklı ırk, milliyet, din ve kültürden hasta ve hekimlerle karşılaşmak olağan hale gelmiştir. Böylece yaşamın sonunda hasta hekim ilişkisinde hasta bakımı ile ilgili kültürler arasında yanlış anlama riski de artmaktadır. Kültürlerarası anlayış ve iletişim tekniklerinin uygun kullanımı hasta bakım sürecinin ve sonuçlarının herkes için doyurucu olma olasılığını arttıracaktır.

Hekimin kendi kültürel değerleri çeşitli etik ikilemler karşısında tutumunu etkileyebilir. Modern tıbbi uygulamada temel karar vericinin hasta olması, karar öncesinde hastalığıyla ilgili her türlü bilginin kendisine verilmesi ve bu bilgi temelinde onamının alınması gerekmektedir. Ülkemizdeki uygulamalarda gözlemsel olarak sürecin böyle işlemediği görüldüğünden mevcut durumun araştırma verileriyle ortaya konması ve ilgili ortamlarda bu verilerin tartışılması, arzu edilen değişimin gerçekleştirilmesi açısından önemlidir. Özellikle gerçeği söyleme ve aydınlatılmış onam ilkeleri sağlık personeline kültürel uygunlukla birleştirildiğinde hastaların yaşamın sonunda olgun kararlar almasını destekleyecek ve uygun sağlık hizmetinin sunulmasını kolaylaştıracaktır. Hastanın kendi tedavisi konusunda bilinçli karar alabilmesini sağlayacaktır.

Klinik uygulamada hekimin paternalistik tutumunun devam ediyor olması, hasta ve hasta yakınlarının da bu tutumları genellikle kabulleniyor olmaları, paternalistik tutumun süregelenliğinin en önde gelen nedenidir. Bu bağlamda, süreçte özerklik kavramının sadece tıp çevrelerince değil, hasta ve hasta aileleri tarafından sorumluluk düzeylerini ve davranışlarını geliştirecek şekilde algılanmasına katkı sağlayacak eğitim çalışmalarının yürütülmesi önemlidir. Böylece klinik ve etik karar verme süreçlerine hasta ve hasta yakınlarının katılımının sağlanması, özellikle yaşamın sonunda alınan kararların sadece tıbbi kararlar olmadığının belirlenmesi, bu konuda hekimlerde duyarlılık ve farkındalık yaratılması ülkemiz sağlık ortamı açısından gereklidir. Bu konuların tıp eğitimi müfredatında yer alması, mezuniyet öncesi ve sonrası konuyla ilgili eğitimlerin verilmesi önemlidir, Türkiye'de de son on yılda lisans lisansüstü, sürekli tıp eğitimi müfredatlarında bu konular yer almaya başlamıştır.

Yaşamın sonunda hekimin karşı karşıya kaldığı etik ikilemlerin çözümünde, hekim kendi vicdanı ve kararının sorumluluğu ile baş başa bırakılmamalıdır. Alınacak kararların sorumluluğu ekip anlayışı içerisinde ve paylaşılan sorumluluk temelinde değerlendirilmelidir. Yaşamının sonundaki hastalara verilecek hizmetin bir ekip anlayışı içerisinde verilmesi, hizmet sorumluluğunun yalnızca hekime değil,

hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanını da içerecek şekilde paylaştırılması, hasta ve ailelerine tıbbi yaklaşımın yanı sıra psikososyal desteğin sağlanması önemlidir.

Hastanın özerkliği, bilgilendirme ve karar verme hakkı her durumda merkezde yer almalıdır. Karar verme sorumluluğunun paylaşılması ve hastanın en iyi yararı/en üstün çıkarı gözetilerek kararın alınması açısından Hastane Etik Kurulları (HEK)'na gereksinim duyulmaktadır, bu kurulların oluşumuna hız verilmelidir.

Hekimin tıbbi eylemlerinin etik sınırlarını belirlerken asıl yol gösterici olan etik rehberler olup, çoğu zaman tıbbi eylemlerin sınırlarını hukukun çizmesinin zordur. Tıbbi teknolojinin hızlı gelişimiyle etik sorunlar her gün çeşitlenmektedir ve bunlar hukukun dar sınırları arasına hapsedilmemelidir. Dünya Hekimler Birliği'nin ve Türk Tabipler Birliği'nin etik rehberlerinden faydalanmalı, Hastane Etik Kurullarına, sağlık çalışanlarına ve hekimlere ilgili konuda yol gösterici olabilecek ayrıntılı rehberler hazırlanmalı, yaşamın sonunda alınan kararlar açısından hem hekimler hem de toplumda farkındalık yaratılarak yaşayan vasiyetlerin (living will) ve yetkilendirilmiş bildirimlerin (advanced directives) hayata geçirilmesi ve hukuk sistemine geçirilmesi çalışmaları yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Balseven Odabasi A, Ornek Buken N. "Informed Consent and Ethical Decision Making in the End of Life: Hacettepe Example" *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29: 1041–54.
2. [Ruhnke GW](#), [Wilson SR](#), [Akamatsu T](#), et al. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest* 2000; 118: 1172–82.
3. [Mobeireek AF](#), [Al-Kassimi F](#), [Al-Zahrani K](#), et al. Information disclosure and decision-making: the Middle East versus the Far East and the West. *J Med Ethics* 2008; 34: 225–29.
4. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, et al. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer* 2004; 12: 147–54.
5. Oguz NY, Tepe H, Buken NO, Kucur D. "Tedavinin reddi", "Tedaviyi sonlandırma", *Biyetik Terimleri Sözlüğü*, 1. Baskı, Turk Felsefe Kurumu Yayını; 2005; 231–32. *Bioethics Terminology Dictionary*; (Dictionary Study), Supported by the Bioethics Section of the Turkish Philosophy Institute, to be published by the Turkish Philosophy Institute. Ankara.
6. Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *J Med Ethics* 2008; 34: 384–88.
7. Buken NO. "Truth-telling information and communication with cancer patients in Turkey". *JISHIM* 2003; 2: 31–37.
8. Oguz NY, Miles SH, Buken N.O, et al. "End of life care in Turkey", *The Cambridge Quarterly of Health Care Ethics* 2003; 12: 279–84.
9. Buken NO "The Health System, Health Policies and Health Transformation Program in Turkey", *Medicine and Law* 2009; 28: 23–47.
10. Buken NO. Arapgirlioğlu K. "Bioethics Committees and Examining Consent within the Patient-Doctor Relationship in Turkey", The International Conference on Bioethics Committees in Hospitals, Book of Abstracts, pg: 8–9, Zefat, Israil, May 17–20, 2009.
11. Csaba L Dégi [Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical, and psychosocial factors](#). *Support Care Cancer*, 2009; [17\(8 \)](#): 1101-107.

12. Seale C. [Characteristics of end-of-life decisions: survey of UK medical practitioners](#). *Palliat Med* 2006; 20: 653–59.
13. [Van der Heide A](#), [Deliens L](#), [Faisst K](#), et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362: 345–50.
14. Singer MK, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: “You got to Where the lives”. *JAMA* 2001; 286: 2993–3001.
15. Gastin Lawrence O. Informed consent, cultural sensitivity, and respect for person. *JAMA* 1995; 274: 844–45.
16. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporu (*Turkish Medical Association Ethical Guidelines*), 1. Baskı, 1. Press, Ankara: TTB Yayınları, to be published by TMA, Haziran, June, 2008: 27-34.

Dinsel Perspektiften Yaşamın Sonu

Prof. Dr. Nahide Bozkurt

Nahide.Bozkurt@divinity.ankara.edu.tr

Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi

Bu bildiride “ötanazi” olgusu dinsel perspektif açısından ele alınacaktır. Bu bağlamda Yahudi, Hristiyan ve Müslüman din bilginlerinin konuya yaklaşımları, ötanaziye ilişkin söylemleri betimlenecektir.

Çoğulcu toplumlarda yapılan araştırmalar “yaşamı sonlandırma kararlarında” dinlerin anahtar rol oynadığını ortaya koymuştur.¹¹ Bu rolün arka planında dinin insanla ilgili manevî olguların en başta gelenini oluşturmuş olmasının yer aldığı düşünülebilir. Bu özelliği ile din, inananı için yaşamının bir çok alanını etkileyen bir fenomen olma özelliği taşımakta ve insanın ölüm karşısındaki tutumunu da etkilemektedir.

Yahudi din bilginlerinin ötanaziye karşı tutumlarında bir fikir birliği yoktur ve farklı bakış açıları gündeme gelmektedir. Bu farklı bakış açılarının temelinde Kutsal Kitaplarında yer alan metinlere yaklaşım tarzı ve yorumlama yöntemlerinin farklılığı yer almaktadır.

Yahudilerin kutsal kitapları ise Tevrat ve bu Kutsal Kitab’ın yorumu ve açıklamalarını içeren Talmud’tur.

Ötanaziyi kabul etmeyen Yahudi bilginleri kendilerine Kutsal Kitaplarında rehberlik eden pasajlar ve onların yorumlarıyla ilgili şu çıkarımlarda bulunurlar. Onlar Kutsal Kitap Tevrat’ta birçok kez insanın Tanrı tarafından yaratıldığına dair pasajların yer aldığını, buna bağlı olarak da ancak O’nun yaşam sonuna karar verebileceğini, hiç kimsenin başkasının canını almaya izinli olamayacağını ileri sürerler. Bu konuda kendilerine rehberlik eden pasajlara şu örnekleri verirler.

Yaratılış, 2:7, “RAB Tanrı Âdem’i topraktan Yarattı ve burnuna yaşam soluğunu üfledi. Böylece Âdem yaşayan varlık oldu.”

Yaratılış, 9: 5, “Sizin de kanınız dökülürse, hakkınızı kesinlikle arayacağım. Her hayvandan hesabını soracağım. Her insandan, kardeşinin canına kıyan herkesten hakkınızı arayacağım.

Yaratılış, 9: 6, “Kim insan kanı dökerse, Kendi kanı da insan tarafından dökülecektir. Çünkü Tanrı insanı kendi suretinde yarattı.”

Yaratılış, 9: 7, “Verimli olun, çoğalın. Yeryüzünde üreyin, artın.”

Mısırdan Çıkış, 20:13, “Adam öldürmeyeceksin.”

Bu pasajlardan onlar, insanın Tanrısal bir planın parçası olarak mülkünün Tanrı’ya ait olduğu ve insan canına kıymanın cinayet olacağı sonucunu çıkarırlar. Onların ötanaziye yaklaşımındaki bu karşı duruş Yahudi tıp ahlakıyla ilgili bir el kitabında da dile getirilmiştir: Buna göre kişi büyük bir acı içinde, tedavi imkânından yoksun ve ölümü arzu etse bile onun hayatını kısaltmak öldürmeye eş değerdir ve cezalandırılması gereken bir eylemdir. Doktorun tek görevi Kutsal Kitap’ta (**Çıkış, 21:19**) ifade edildiği gibi tedavi etmektir. Hiçbir durumda öldürmek için bir yol yoktur. Yaşam nimetten külfete dönüşse bile yaşamı ancak insana bir hediye olarak sunan Tanrı sonlandırabilir.

¹¹ Bkz. Benjamin E. Moulton ve diğerleri, “Religion and Trends in Euthanasia Attitudes among U.S Adults, 1977-2004”, Sociological Forum, Vol. 21, No. 2 (Jun., 2006), pp. 249-272, published by Springer.

Ötanaziye inançlarına aykırı bulan Yahudi bilginlerinin bir diğer teolojik temellendirilmesi Talmud'da yer alan bir metne dayandırılır. Bu metin Hanaiah ben Teradion (m.s. 2. Yüzyıl) ile ilgili bir anlatımdır. Hananiah, Tevrat'ı öğrettiği için Romalılar tarafından ölüme mahkûm edilmiş ve ölüm şeklinin çok acı çekecek bir tarzda olmasına karar verilmişti. O, yakalandığında elinde var olan Tevrat tomarlarıyla paketlenmiş ve kazığa bağlanmıştı. Ölümünü hızlandırmamak ve daha çok ızdırap içinde ölmesini sağlamak için de ıslanmış bir tutam yün kalbinin üstüne yerleştirilmişti. Etrafında olan öğrencileri ona ağzını açmasını ve ateşin içeriye girmesine izin vermesini bu şekilde de daha fazla acı çekmeden ölmesini önerdiler. O, “ benim için iyi olan bana ruhumu veren Tanrı'nın onu almasıdır... Kimsenin kendisine zarar vermesine izin verme” cevabını vererek onların bu önerisini reddetmiştir.

Ötanaziye karşı tutumda örnek olarak alınan yukarıda ifadesini bulan metinden şu sonucu çıkarılır: Ancak Tanrı yaşamı sonlandırabilir. Hiç kimse ölüm sürecine müdahale etmemelidir. Şayet müdahalede bulunursa sorumlu olacaktır.

Yahudilik dininin ötanaziye karşı olmadığını düşünenler ise yaklaşımlarını şu şekilde ortaya koymaktadırlar.

Grekçe bir kelime olan ve iyi, kolay, güzel ölüm anlamına gelen ötanaziye karşılayan benzer bir kavramın Talmud'da yer aldığı ve İbranice “mitah yafah” olan bu kelimenin “iyi ölüm” anlamına geldiği ifade edilir. Bu terim Talmud'da idam cezası ile ilgili olarak gündeme gelir. Talmud idam cezalarının yerine getirilirken iyi bir ölüm tarzının uygulanması gerektiğini, böylece Kutsal Kitap'ta yer alan “...komşunu kendin gibi seveceksin” (**Levililer, 19:18**) emrinin yerine getirileceğini belirtir. Buradan çıkarılan sonuç ise iyi bir ölümün hızlı gerçekleşen bir ölüm olduğudur. İyi ölüm nedir sorusuna ise Talmud ve Tanah'ın ilk kapsamlı tefsirlerinin yazarlarından biri olan Rashi (ö.m.s. 1105) “çabucak ölmelidir” şeklinde tanımlamaktadır. Buna bağlı olarak da çabuk ölüm daha az acı veren, yavaş ölüm ise daha çok acı, ıstırap veren ölümdür. Zaman ile acı çekme arasındaki ilişkinin kişiyi ötanazi konusuna taşıdığı, kişinin acı çekmemesi durumunda ötanazinin asla gündeme gelmeyeceği çıkarımı yapılır. Acının olması halinde ise ötanazinin gündem oluşturacağı ifade edilir.

Yaklaşımlarına dayanak teşkil eden Talmud ve Midraş'ta yer alan iki anlatımı da aynı zamanda teolojik temellendirmelerine örnek olarak verirler.

Ölüm döşeğinde olan ve büyük acılar içinde kıvranan haham Prens Yehuda (ö.m.s. 217)'nin etrafındaki kişilerin bir kısmı onun sağ kalması, diğer bir kısmı ise hemen ölmesi için dua ediyordu. Hizmetçi ilk planda onun sağ kalması için dua edenleri desteklerken Yehuda'nın acılarının gittikçe arttığını hissedince onun ölmesi için dua edenlerin duasının kabul olmasını arzu etmeye başladı. O eline bir vazo olarak çatıya çıktı ve vazoyu çatıdan attı. Vazonun çıkarmış olduğu gürültü nedeniyle yapılan dualar bir an kesintiye uğradı ve Yehuda bu aralıkta ruhunu teslim etti.

Bu hikâye hizmetçinin Yehuda'nın ölmemesi için dua edenlerin duasını fizikî bir müdahale ile durdurarak onun yaşam destek sistemine müdahale etmesi şeklinde yorumlanmıştır.

Bu hikâye ile ilgili yapılan bir diğer yorum da hizmetçinin bu müdahalesinin Yehuda'nın isteği üzerine gerçekleşmediği, kendi gözlemlerine dayanarak onun acı çektiği sonucuna varması ve ölüm sürecini hızlandırmak için böyle bir eylem ortaya koyduğudur.

Midraş'taki anlatım ise şu şekildedir: Çok yaşlı bir kadın Haham'a gelerek çok yaşlandığını, hayatın kendisi için zor hale geldiğini ve bu yaşamdan ayrılmak istediğini söyler. Haham ona bu kadar uzun nasıl yaşayabildiğini sorar. Kadın, yapması gereken sevdiği işler olmasına rağmen her gün sabah erkenden sinagoga gittiğini söyler. Haham ondan üç gün kendisini sinagoga gitmekten alıkoymasını ister. Kadın bunu uygular, 3. gün hasta olur ve ölür.

Bu metinden şu sonuçlar çıkarılır. Haham kadını ne azarladı ne de ona Yahudiliğin ötanaziye karşı olduğunu söyledi. Sadece ona nasıl bu kadar uzun yaşadığını sordu. Kadının cevabı üzerine de onun yaşamını sonlandırabileceğini düşündüğü bir plan yaptı. Kadının ölme isteği üzerine düşünebileceği 3

günü vardı. 3 gün bitmeden kararını değiştirebilirdi ve yaşamı devam edebilirdi. Ancak kadın bu planı uyguladı ve sonuçta arzu ettiği sona kavuştu.

Talmud'taki "eğer ruhun ayrılmasına bir engel varsa bu engeli kaldırmak izin verilebilir." sözü de ötanazi olgusuna taşınmıştır. Bu söz yaşamsal organların fonksiyonunu yitirmesi durumunda doktorun tedaviyi durdurabileceği, bu koşullarda yaşam destek makinesinin kapatılabileceği, yaşamı biten bir kişinin yaşamını uzatmanın yanlış olduğu şeklinde yorumlanmıştır.²

Hristiyanların ötanazi olgusuna yaklaşımlarında da farklı bakış açıları vardır. Onların farklı bakış açılarını şekillendiren temel öge; inanmış oldukları Kutsal Kitab'ı anlamaya yönelik benimsedikleri hermeneutik/yorum biçimidir. Doğruların direkt Tanrı tarafından dikte edildiğini, dinin zaman üstü ve insanların durumlarına göre şekil almadığına inananlarla, zamanın problemlerine göre inanç ve doğrularla ilgili bilgilerin her zaman üzerinde düşünülmesi, yeniden çalışılması gerektiğine inananların ötanaziye bakışında farklılıklar mevcuttur.

Mesela Kutsal Kitab'ı nihai otorite olarak kabul eden bir çok muhafazakâr Protestan "öldürmeyeceksin" (**Kutsal Kitap: Çıkış, 20:13**) ve "...suçsuz ve doğru kişiyi öldürmeyeceksiniz. Çünkü ben kötü kişiyi aklamam." (**Kutsal Kitap: Çıkış, 23:7**) pasajları doğrultusunda yaşamın kutsal olduğu, ancak Tanrı'nın yaşam ve ölüm hakkında nihai kararı vereceği inancından hareketle ötanaziye reddederler.

Katolik Kilisesi de yaşamı erken sonlandırmaya yönelik görüşler ortaya koymuştur. *Katolik Kilisesi Din ve Ahlak İlkeleri* (1998)adlı kitapta Beşinci Emir: Öldürmeyeceksin başlığı altında İnsan yaşamına neden saygı gösterilmeli? sorusuna şu cevabı vermektedir: Çünkü insan yaşamı kutsaldır. Başlangıcından beri Tanrı'nın yaratıcı eylemini taşır ve Yaratıcı ile daima özel bir ilişki içindedir. Hiç kimse masum bir insanı doğrudan yok etme hakkına sahip değildir, çünkü bu insan onuruna ve Yaratıcının kutsallığına karşı işlenmiş ağır bir suçtur. "Adil kişi ile suçsuzu öldürmeyeceksin" (Kutsal Kitap: Çıkış,23:7). İlke devamla şu soruyu sorar: Beşinci emir neyi yasaklar? Sorusuna ise özürlü, hasta ya da ölüm döşeğinde olan insanların hayatına bir eylem ya da bir ihmâl ile son vermek olan kasten ötanazi yasaklar cevabını vermektedir.

Söz konusu kitap ötanazi başlığı altında ise şu bilgilere yer verir:

" Yaşam fonksiyonları dumura uğramış ya da zayıflamış kişiler özel bir itina ister. Hastalar ya da özürlü durumdaki kişiler mümkün olduğunca normal bir yaşam sürmeleri için desteklenmelidir.

Yöntemler ve nedenler ne olursa olsun, doğrudan ötanazi özürlü, hasta ve ölüm döşeğindeki insanların hayatına son vermek demektir. Ötanazi ahlaki açıdan kabul edilemez.

Acıyı dindirmek amacıyla ölüme neden olan bir eylem ya da bir ihmâl insan onuruna ve insanın yaratıcısı diri Tanrı'ya karşı işlenmiş ağır bir cinayettir. İyi niyetle bu yanlış karar hatasına düşmüş olmak, daima yasaklanması ve dışlanması gereken bu caniyane eylemin niteliğini değiştirmez.

Beklenen sonucu verecek masraflı, tehlikeli, olağanüstü ve ölçüsüz tıbbî usullerden vazgeçmek meşru sayılabilir. Bu aşırı tedavi yüklenmesinin reddidir. Bu şekilde ölüme sebebiyet verilmemektedir. Kararlar, karar verme durumunda ise hasta tarafından, ya da vasi tarafından hastanın meşru çıkarları ve mantıklı isteğine saygı gösterilerek verilmelidir.

Ölüm kaçınılmaz olsa da, hasta bir insana uygulanan tedavi yasal olarak kesilemez. Ölmek üzere olan kişinin, günlerini kısaltmak pahasına acılarını dindirecek ağır kesiciler, hastanın ölmesi doğrudan istenmemişse, ama yalnız kaçınılmaz olarak kabul edilmişse insan onuruna ahlaki açıdan uygun

² Bkz.Ina Taylor, Judaism, with Jewish moral issues, United Kingdom: Nelson Thomas Ltd.,2001, s.91; Death and Euthanasia in Jewish Law, ed. Walter Jacob, Moshe Zemer, Pittsburgh: Rodef Shalom Press, 1994, Vol.4, ss.3-25.

düşebilir. Etkisi geçici olan tedaviler feragat sahibi kişilerin benzerini sevmesinin bir biçimini oluşturur. Bu bağlamda desteklenmelidir.”³

Kutsal Kitab’ı literal okumanın ötesinde daha alegorik yorumlayan ılımlı Protestanlar ile sosyal ve politik konularda geniş bir tolerans içeren görüşlere sahip liberal Protestanlar yaşamı sonlandırma konusundaki kararın bireye ait olduğunu kabul ettiklerinden ötanaziye sıcak bakarlar.⁴

Müslümanlar da ötanazi konusuyla ilgilenmiş ve inançları temelinde bazı argümanlar geliştirmişlerdir.

Müslüman bilginler ötanazi olgusunu Allah’ın her şeyin yaratıcısı, bütün yaşamın tek sahibi olduğu, ancak onun bu yaşamı sonlandırabileceği (**Kur’an, 3:156**, “...Allah, yaşatır ve öldürür...”³) ve insan yaşamının kutsallığı inancı çerçevesinde tartışır. Her şeyin sahibi Allah olduğuna göre insan kendi bedeni üzerinde tasarruf sahibi değildir. Bunun yanı sıra insan yaşamı kutsaldır ve İslam da insanın yaşam hakkına büyük önem vermiş, canın korunmasını en temel değerlerden birisi olarak kabul etmiştir. Hatta canın korunması konusunda dinde kesinlikle yasaklanmış hususlarda bu yasakların çiğnenmesine izin bile vermiştir. (**Kur’an, 16:106; Kur’an,2:173**). Bu öneme bağlı olarak da insan öldürme hem hukuksal hem de ölüm ötesi yaşamda cezayı gerektiren bir eylem olarak takdim edilmiştir. (**Kur’an,5:32; Kur’an,4: 93**)

Söz konusu ayetler ışığında ötanazi kınanmış ve cinayet olarak nitelendirilmiştir. Yaşamın ve ölümün sahibi olarak kabul edilen ve yaşamı ancak Allah’ın sonlandırabileceği ayetinden ötanazi bağlamında şu sonuç çıkarılır: “Şayet bir doktor ağrı kesicinin dozunu artırır ve bu durumun da hastanın ölmesine neden olacağını bilirse hastanın yaşamının sona ermesinden sorumludur ve bu İslam’a göre cinayetle eşdeğerdir. Çünkü Tanrı’ya ait olan bir hakkı çiğnenmiş olmaktadır.”

Ötanaziyi her durumda reddeden diğer bir temellendirme de dinsel açıdan acı çeken bir hastanın acıları nispetinde Tanrı tarafından ödüllendirileceği inancı etrafında yapılmıştır. Bu anlayışa göre bir hastalıktan dolayı ıstırap içinde olma insanı ruhsal anlamda zenginleştirir ve Müslüman’a ebedi hayatında güzelliklerin yolunu açar. Acı ve ıstıraplar karşısında sabırlı olmak Allah tarafından değerli addedilmektedir. Kur’an bu bağlamda Hz. Eyyub’un yaşamış olduğu ıstırap karşısında sabretmesini övgüye değer bulmuştur. (bkz. **Kur’an, 38:41-44**) Acıları nispetinde Allah tarafından ödüllendirilen insana ötanazi yapıldığında bu ödülün mahrum kalabilecektir.

Bir diğer argüman da Kur’an’da ifadesini bulan dünya yaşamında inananlar için çeşitli sınavların varlığıdır. Bu sınavlarla Allah onların inançlarını test etmektedir. (**Kur’an,2:155**) Hastalık da bu sınavlardan biridir, o halde Allah’a inanan bir kişi bir hastalığa yakalandığında ümitsiz olmamalı, paniğe kapılmamalı ve O’nun rahmetinden ümit kesmemelidir. (**Kur’an,15:56**)

Yine dinsel açıdan yaşamın olduğu yerde her zaman ümidin var olduğu ve bir mucize gerçekleşebileceğinin hatırdan tutulmasının gerekliliği üzerinde de durulmuştur.

Ötanazi olgusuna Müslüman bilginler arasında ılımlı yaklaşanlar da vardır. Bu yaklaşımlar genelde şu düşünceleri içermektedir. Kaçınılmaz ölüm hallerinde hastanın veya doktorun isteği üzerine tedaviyi askıya alma dine aykırı değildir. Kaçınılmaz ölümü yapay olarak destek tedavilerle sürdürme ve doğal ölüm sürecini engellemek uygun değildir. Hasta yapay solunumla yaşama devam ettirilecek düzeye

³ Katolik Kilisesi Din ve Ahlâk İlkeleri, çev. Dominik Pamir, İstanbul: Yayıncılık Matbaacılık Ltd. Şti., 2000, s.524; Katolik Kilisesi Din ve Ahlâk İlkeleri- Özet, çev. Dominik Pamir, İstanbul: Libreria Editrice Vaticana, 2006, ss.127-128.

⁴ Bkz. Moulton, ss.254-256.

geldiyse tedaviyi sonlandırmak veya hastayı ölüme yaklaştıracabilecek bile olsa ağrı kesici ilaçları vermeye devam etmek uygun görülmüştür.⁵

T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı, Din İşleri Yüksek Kurulu ise 14/12/2006 tarihili mütalaasında; Kişinin Yaşam Destek Ünitesinden Çıkarılması konusunda şu kararı almıştır:

“İslâm'a göre kişinin kendi canına kıyması yasak olduğu gibi tıbbî verilere göre yaşama ümidi kalmamış veya şiddetli acılar hisseden bir insanın yaşamına bir başkası eliyle son verilmesi demek olan ötanazi de yasaktır.

Yaşam destek ünitesine bağlı bir kişi;

a) beynin kesin olarak bütün fonksiyonlarını yitirdiğine,

b) bu durumdan geri dönüşün artık imkânsız olduğuna uzman tabiplerce karar verilmesi şartıyla yaşam destek ünitesinden çıkarılabilir.”

Sonuç olarak şunu diyebiliriz ki ötanaziye yaklaşımda her üç dinde de farklı yaklaşımlar ortaya konmuştur. Bu farklı bakış açılarının temelinde kutsal metinle kurulan ilişki tarzının ve yorumun etken olduğu gözlenmektedir.

⁵ İslam dinine göre ötanazi tartışmaları hakkında bkz. Islamic Ethics of Life: Abortion, War and Euthanasia, ed. Jonathan E. Brockopp, South Carolina: University of South Carolina Press, 2003, ss.1-17; Dariusch Atighetchi, Islamic Bioethics: Problems and Perspectives, The Netherlands: Springer, 2007, ss.286-290; Raoutsi Haddj Eddine Sari Ali, “İslam”, Euthanasia: Volume-I: Ethical and human aspects, Council of Europe Publishing, 2003, pp.141-143; Yaşar Yiğit, “İslam Ceza Hukuku Açısından Ötanazi ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi”, İslami Araştırmalar Dergisi, Cilt: 16, Sayı:3, 2003, ss.337-349; Yousuf RM, Mohammed Fauzi AR, “Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Review from Islamic Point of View”, The International Medical Journal Malaysia, Vol.11, Number: 1, June 2012, ss. 63-68.

Yaşamın Son Dönemindeki Hastada Ağrı Kontrolünde Yaşanan Sorunlar

Doç. Dr. Nalan Örnek Çelebi

nalan.celebi@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD., Algoloji Bilim Dalı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Palyatif Bakımı, hastanın ve ailesinin yaşamını tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, ağrı başta olmak üzere diğer fiziksel, psiko-sosyal ve manevi, ruhani problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle, acı çekmesi önlenerek, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Sağ kalım tedavinin odağı olmaktan çıkmış, ‘yaşam kalitesi’ kavramı giderek önem kazanmıştır. Palyatif bakım (PB) ilerleyici ve ciddi hastalığı olan hastalar için aktif ve kutsal bir bakımdır. Ağrının ve diğer semptomların yönetimi ile fizyolojik, sosyal ve ruhsal destek çok önemlidir. Hedef; hasta ve hasta aileleri için mümkün olan en kaliteli yaşamı sağlamayı başarmaktır.

Palyatif bakım semptomların kontrolü, hastalığın tedavisi ve psikososyal bakımı içeren interdisipliner yaklaşımı gerektirmektedir. Palyatif bakım ekibi; hekimler, hemşireler, din adamları, sosyal hizmet çalışanları, beslenme uzmanları, fizik tedavi terapistleri ve hatta gönüllüleri içermektedir.

Günümüzde meydana gelen tıbbi gelişmeler ile birlikte güzel ölüm kavramı tıp literatürüne girmiştir. Güzel ölüm kavramı hastanın beklenti ve istekleri göz önüne alınarak gerekirse bazı prosedürlerin ve hastane yatışlarının önlenerek, hastanın kendi evinde bakımını tercih etmesidir. Hastalar için agresif tanısı veya tedavi amaçlı girişimlerin kar ve zararının ayrıntılı olarak gözden geçirilmesi, yaşamın son döneminde daha önemli hale gelmektedir. Hastanın tercihi evde bakım lehine ise hekim uygulanacak tedaviyi evde rahat uygulanacak yollarla vermeyi tercih etmelidir (Oral, transdermal, sublingual yolların tercih edilmesi gibi) .

“Ağrı ve ölüm yaşamın bir parçasıdır. Bunları reddetmek yaşamın kendisini reddetmektir.” der Havelock Ellis. Gerçekten de yaşam süresinin uzaması ve bazen uzatılması ile birlikte ağrı ve ölüm yaşamın bir parçası haline gelmiştir. Temel olarak özellikle, terminal dönem hastaların genelde hayat kalitesi çok bozulduğu durumlarda, ömrün uzatılması konusunda çekinceler olmakla beraber agresif ağrı tedavisi son ana kadar uygulanmalıdır.

Palyatif bakımda temel kalite göstergesi ve hayat kalitesini arttırmanın en temel yolu, ağrısız ve acısız günler sağlamaktır. Palyatif bakım zordur çünkü her yaş grubunda hasta karşımıza çıkmaktadır. Hastalarda her tip sosyokültürel farklılıkla karşılaşmakta, değişik sebeplerle hastalar palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Günümüzde tanı ve tedavide meydana gelen tıbbi gelişmeler ve yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesinin paralel olarak arttırılması gerekliliğini doğurmaktadır.

Palyatif bakım veya hospis kliniklerinin amacı; onaylanan yaşamı ve kabullenilen ölümü normal sürecinde götürmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır.

Hospis bakım, ağrıyı azaltmak, hastayı rahatlatmak, hastaların aile ve arkadaşlarıyla kaliteli zaman geçirmelerini sağlamak için planlanmaktadır.

Ağrı; kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmişte edindiği, subjektif, primitif, protektif deneyimleri ile ilgili sensoryal ve emosyonel bir duygudur. Ağrı, bireyin ifade ettiği şeydir. Birey söylüyorsa ağrı vardır. Palyatif bakımda temel hedef ağrının tamamen ortadan kaldırılması olsa da bu hedefe ulaşamadığı durumlarda amaç ağrının tolere edilebilecek düzeye indirilmesidir.

Ağrı tedavisinde zorluklarla karşılaşmaktadır. Yetersiz ağrı tedavisi sık karşılaşılan bir durumdur. Bunun için gerekçeler ise: Ağrı kontrolüne yönelik kurum prosedürünün olmaması, palyatif bakım yataklı ünitelerinin eksikliği, ağrının sağlık ekipleri tarafından gereğinden az ciddiye alınması, ağrının tanımlanmasındaki eksiklikler, ağrı tedavisinde kullanılan yöntemlerle ve ilaçlarla ilgili eksik ve yanlış bilgi, form ve dokümantasyon yetersizliği, sağlık personelinde opiofobi varlığı, bağımlılık ve diğer ilaç yan etkileri endişesi ve maliyet ile ilgili endişelerdir.

Ağrının yetersiz tedavisinde ayrıca; diğer semptomların tersine ağrının gereğinden az ciddiye alınması da önemli bir faktördür. Sağlık ekipleri tarafından hastanın ağrı şiddetinin derecesinin doğru olmadığı düşünülmesi, terminal dönem hastalığı olan bir hastanın bir miktar ağrı çekeceği inancı, kadercilik ve ağrının bir kader olduğu algısı, konstipasyon, dispne, kaşeksi, asteni gibi diğer semptomların daha ön planda tedavi edilmeye çalışılması da önemli etkenlerdendir.

Ağrının tanımlanmasındaki eksiklikler de yetersiz ağrı tedavisinde rol oynamaktadır. Sağlıkçılarda eğitimleri boyunca ağrı konusunda alınan yetersiz eğitim, ağrının tanımlanma ve derecelendirmesinde eksiklik, psikolojik faktörlerle ağrının hasta tarafından abartıldığı yargısı, ağrı değerlendirme yöntemlerinin bilinmemesi, ağrı bilim dallarına danışmada gecikme veya danışmama durumlarıdır.

Ağrı tedavisinde kullanılan yöntemlerle ve ilaçlarla ilgili eksik ve yanlış bilgi de ağrı tedavisini sınırlamaktadır. Ağrı tedavisinde kullanılan ilaçların terminal dönem hastalarla ilgilenen sağlık çalışanları tarafından yeterince bilinmemesi, ilaç yan etkileri, tipleri, kullanım yolları, farmakodinamik ve farmakokinetikleri hakkında yetersiz eğitim, opioid yan etkileri ve opioid kullanımı ile ilgili önyargılar sonuçta eğitim eksikliği önemli bir parametredir.

Sonuç olarak; doktor ve hemşirelerin palyatif bakım konusundaki eğitim yetersizliği, ağrı tedavisi konusunda ve kullanılan analjezikler konusunda yetersiz bilgi, en önemlisi de doktor, hasta ve hasta yakını iletişimi eksikliğidir.

Sağlık sistemi ile ilgili engeller de mevcuttur. Bunlar; sağlık sistemi, yasa ve politikaların yetersizliği, opioid analjeziklerin kullanımının kanuni kısıtlaması, (opioidlerin kullanımı 1961 Narkotik İlaçlar Tek Sözleşmesine göre uluslararası ve ulusal düzeyde kontrol edilmektedir.) ve palyatif bakıma yönelik ulusal bir politikanın bulunmamasıdır.. Hekimlerin önemli bir kısmı yasal zorluklardan kurtulmak amacıyla opioidler yerine zayıf etkili analjezikleri reçete etmeyi tercih etmektedirler.

Hastalar ile ilgili engeller ise: Hasta ve hasta yakınlarının yanlış inanç ve uygulamaları, hastanın ağrı yönetimi prensiplerine ilişkin bilgisinin yetersiz olması ve yanlış fikirlere sahip olması, hastaların doktorun onlardan sıkılacağı ve iyi hasta olamayacakları endişesi taşımaları, ağrının hastalığın ilerlediğinin göstergesi olduğu düşüncesi ve bu nedenle hastanın ağrısını bildirmemesi, ağrının kaderi olduğunu düşünüp tedavi istememesi ve ağrı tedavisi ilaçlarının yan etkilerinden korktukları için ağrı ilaçlarını önerilen dozlardan daha düşük almalarıdır. Ağrı tedavisinin yetersiz olmasında ilaçlara ait nedenler de vardır. Analjezik gereksinimdeki kişisel farklılıklar (Fazla veya Yetersiz), analjezik kan seviyesindeki dalgalanmalar, geleneksel uygulanma yolları, yetersiz sedasyon veya yetersiz analjezi, analjezik ihtiyacı ve uygulama zamanı, yan etki veya bağımlılık korkusudur. (Doz azaltılması).

Ağrı Tedavisi:

- 1) Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal komponentleri içeren ve palyatif bakım olarak da bilinen geniş ve ayrıntılı tedavi programının bir bölümünü oluşturmaktadır
- 2) Küratif bakım ve palyatif bakım birbirini tamamlamalıdır
- 3) Palyatif bakım hastaları küratif tedaviden daha az faydalanırken, palyatif bakım tedavileri ve ağrı tedavilerinden daha iyi faydalanmakta ve bu hastaların tümünün yaşam kalitesi iyileştirilebilmektedir

Terminal Dönem Hastalarda Ağrı Tedavisi Prensipleri;

- OPIOİDLER: Temel analjeziklerdir anksiyete ve dispneyi önlemede etkilidirler
- Opioidlere NSAİD lar ve psikotik ve nöropatik ilaçlar mutlaka eklenmelidirler
- Girişimsel ağrı yöntemleri uygulanabilir
- Peroral yol ve uzun etkili preparatlar tercih edilir
- Sublingual, bukkal, transdermal yol kullanılabilir

Özetle; ilerlemiş medikal hastalıklarda ve hayatın sonunda etkili ağrı tedavisi sakin, güvenli ve rahat bir ölümü garanti edecek kaliteli bir tıbbi bakımın önemli bir komponentidir.

Modern tıbbın babası Sir William Osler in dediği gibi 'Morbid anatomi çalışmaları ile dikkatli klinik gözlemlerin birleştirilmesi bize sınırlarımızı farketmeyi ve bazı hastalıkların tedavisiz olduğu gerçeğini kabul etmeyi öğretmiştir. Bu durumlarda yapabileceğimiz en önemli şey hasta konforunu sağlamak ve hastayı rahat ettirmektir.'

Öneriler; Hastalarda her çeşit analjezi yöntemi dinamik ağrı kontrolünün tümüyle sağlanabilmesi için düşünülmeli, hastaya özel riskler göz önüne alınıp, maksimum fayda sağlanılmaya çalışılmalıdır.

- Ağrı tedavisine en ideal yaklaşım **AĞRI EKİPLERİNİN** kurulmasıdır.
- Palyatif bakım ve Hospis konusunda eğitilmiş sağlık personelinin oluşan ekiplerin kurulmasıdır.

Palyatif Bakım Nedir?

Doç. Dr. Murat Gültekin

mrtgultekin@yahoo.com

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı

Palyatif Bakım tanımı yıllar içerisinde değişiklikler göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesine ve sorunlarla başa çıkma gücüne odaklanan multidisipliner bir yaklaşımdır. Klasik tanımlamada kür şansı olmayan hastaların ihtiyaçlarına ve özel durumlarına göre destekleyici bakım prensiplerinin uygulanmasıdır. Günümüz anlayışında ise, sadece kür şansı olmayan hastalar için değil ancak tüm hastalar için gerekli bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Bu açıdan kür şansı olup olmaması önemli değildir. Ayrıca, kanserli hastalar sıklıkla kullanacağı gibi, kanser olmayan hastalıklar için de kullanılabilir. Akut hastalıklarda olduğu gibi, kronik hastalıklarda da kullanılır. Palyatif Bakım Programı'nın amacı, hasta ve yakınları için yalnız hastalığın son safhasında değil, hastalık teşhisi konulduğundan itibaren hastalığın tüm tedavisi boyunca yaşam kalitesini artırmaktır. Palyatif bakım, yeni teşhis edilmiş hastalara, hâlihazırda tedavi gören hastalara ya da son safhadaki hastalara uygulanabilir. Hatta ölümden sonra dahi devam eder çünkü geride bizleri bekleyen acı ve keder içerisinde hasta yakınları vardır.

Palyatif bakım, ağrının ve diğer fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal problemlerin erken teşhis edilmesi, hatasız değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acının önlenmesi ve giderilmesi vasıtasıyla ölümcül hastalıkla yüzleşen hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini iyileştiren bir yaklaşımdır. Palyatif bakım:

- Ağrının ve acı veren diğer semptomların giderilmesini sağlar;
- Hayatı olumlar ve ölümü olağan bir süreç olarak görür;
- Ölümleri hızlandırmayı ya da geciktirmeyi amaçlamaz;
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yanlarını tamamlar;
- Ölüme dek olabildiğince etkin yaşamaları konusunda hastalara yardımcı olacak bir destek sistemi sunar;
- Hastalık ve matem süresince ailenin dayanmasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar;
- Eğer istenirse matem döneminde verilen danışmanlık hizmeti de dahil olmak üzere hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayacak bir takım yaklaşımı kullanır;
- Yaşam kalitesini artırır ve aynı zamanda hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyebilir;
- Kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşamı uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle bağlantılı olarak hastalığın erken döneminde uygulanabilir ve acı veren klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için ihtiyaç duyulan araştırmaları içerir.

Bu anlamda palyatif bakım hizmetleri multidisiplinerdir. Pek çok farklı uzmanlık alanının kapsama alanına girmektedir. Medikal onkoloji, anesteziyoloji ve algoloji, iç hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikoloji, sosyal hizmetler, hemşirelik, manevi destek uzmanları gibi pek çok branşın bir arada yürüteceği bir konudur. Özellikle keder ve yas dönemlerinde, ölümü kabul etmede ve ölüm sonrasının planlanmasında karşılaşılan problemlerde (morfin kullanımı, bitkisel hayat, intihar düşünceleri vb.) manevi destek uzmanlarının önemi büyüktür. Bazı ülkelerde, palyatif bakım uzmanlığı da yeni bir tıpta ihtisas dalı olarak geliştirilmiştir. Klasik tıp uygulamaları yanı sıra, hipnoz, akupunktur, mezoterapi, dokunma tedavileri, dil terapileri, resim ve sanat tedavileri ile müzik tedavileri gibi bütüncül yaklaşımlar da kullanılabilir. Palyatif bakım merkezleri içerisinde hastaların ve yakınlarının kullanabileceği konforlu odalar, yatak ve banyolar, ortaklaşa kullanılacak ve hastaların kendi istediği yemekleri hazırlayıp yemelerini sağlayacak mutfak, hobi odaları, masaj odaları, oyun salonları ve ibadet salonları ile yakınları ile hoş vakit geçirebilecekleri bahçelerin olması önemli unsurlar arasındadır.

Her kronik hastanın palyatif bakıma ihtiyacı vardır. Ancak, mevcut ihtiyacın büyük bir bölümü, birinci basamakta çözülebilir sorunlar olup, küçük bir hasta grubu palyatif bakım konusunda özelleşmiş bir merkeze ihtiyaç göstermektedir. Tıbbi branşların yanı sıra, palyatif bakım bütüncül bir yaklaşım olduğu için, hastalara ruhsal, manevi ve ekonomik destekleri de içermektedir. Bu nedenle psikoloji uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ile beraber, fizyoterapistler, din adamları ve sivil toplum örgütlerinin desteklerini de içermelidir.

Palyatif bakım evde, hastanede ya da istirahat evleri olarak Türkçe'ye çevirebileceğimiz hospislerde gerçekleştirilebilir. Dünya ülkeleri arasında çok farklı palyatif bakım sistemleri vardır. Bu sistemler şöyle gruplandırılabilir:

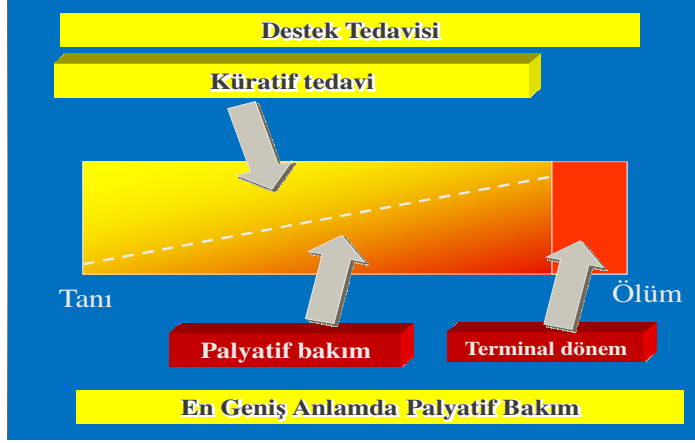
- 1) **Palyatif bakım yatan hasta servisleri:** Daha etkin ve palyatif bakım ruhuna uygun bir yaklaşımın sağlanması adına önemlidir. Hastalar, son dönemlerinde gereksiz tetkik yüküyle yorulmaz ve daha uygun bir semptom kontrolü sağlanır. Kaynak kullanımını ve hastane masraflarını azaltan bir uygulamadır.
 - a) Akut palyatif bakım servisleri
 - b) Subakut ve kronik palyatif bakım merkezleri
- 2) **Evde bakım (home care):** Amaç hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın, hastanın kendi ortamında, evinde verilmesidir. Hasta, palyatif bakım desteğine haftada yedi gün 24 saat ulaşabilir. Paranteral ilaç uygulaması ve fizik tedavi gibi uzmanlaşmış bakıma ihtiyacı olan hastalar için uygun bir yaklaşımdır.
- 3) **Hospis (hospice):** Tedaviye daha fazla yanıt vermeyen, ölmekte olan hastaların, semptom kontrolünün sağlandığı, ev benzeri atmosfere sahip hastanelerdir. Hastanın kalan son günlerini rahat ve onurlu bir biçimde geçirmesini ve insana yakışır, onurlu bir ölümü hedefler.
- 4) **Gündüz bakım üniteleri (day care):** Hastalarda sosyal izolasyonu önlemeye ve semptom kontrolüne yönelik, kulüp benzeri ortamlardır.
- 5) **Palyatif bakım poliklinik hizmetleri:** Destek tedavilerinin günlük ayaktan hasta polikliniklerinde giderildiği hizmetlerdir.
- 6) **Palyatif bakım konsültasyon hizmeti:** Hastanelerde kurulmuş olan palyatif bakım takımlarının servislerde dolaşarak ya da hastane çevresinde ihtiyaç duyulduğunda hizmet veren mobil takımlardır.

Palyatif bakım hizmetleri yukarıda da değinildiği gibi teşhis ile başlar ve ölümden sonrada devam eder. Esasen palyatif bakım tüm bu süreç içerisinde verilen tüm destek tedavileri olmakla beraber, akademik olarak zaman içerisinde terminolojik dil birliğinin sağlanması için aşağıdaki sınıflama yapılmıştır:

Destek Tedavisi: Hastalığın her döneminde hasta ve hasta yakınlarına verilen destektir. Palyatif bakım hizmetlerinin en geniş kapsamlı tanımıdır.

Palyatif Bakım: Kür mümkün olmayacak hasta ve yakınlarına onların konforu için verilen destektir.

Son Dönem Bakım: Palyatif bakım verilen hastada ölüm yakın olduğunda yapılanlardır.



Yukardaki grafikte de görüldüğü üzere;

- Palyatif bakım teşhis ile başlar
- Hastalığa özel küratif tedaviler (kemoterapi vb.) ile beraber verilir.
- Süreç içerisinde rolü ve etkinliği giderek artar
- Ölümden sonrada hasta yakınları açısından devam eden bir süreçtir.

Palyatif bakımın esas çekirdek konusu ağrının yönetimi ve semptomların (hastalığa ya da tedaviye bağlı) giderilmesidir. Bu nedenle palyatif bakım hastaların direkt olarak yaşam kalitesine yöneliktir. Palyatif bakım konusu içerisine aşağıdaki başlıklar dâhil edilebilir;

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| • Anoreksiya (iştahsızlık) ve kaşeksi | • Bulantı ve kusma |
| • Asit | • Ağrı |
| • Kanama | • Plevral efüzyon |
| • Kabızlık | • Kaşıntı |
| • İshal | • Solunum yolları sekresyonu |
| • Öksürük | • Krizler |
| • Deliryum | • Süperior Vena Kava Sendromu |
| • Solunum güçlüğü | • Psikososyal Destek |
| • Hıçkırık | • Port, katater bakımları |
| • Barsak Tıkanıklığı | • Yara bakımları |
| • Omurilik sıkışması | • Ödem |
| • Ülser ve yara bakımı | • İshal |

Palyatif bakımın en önemli konusu ağrı yönetimi olup, ne yazık ki hekim ve hemşirelerin eğitimi bu konuda yetersizdir. Bu nedenle tıp personelinde morfin kullanımına karşı korku vardır (opiofobi). Ancak doğru hasta seçimi ve doğru kullanım ile morfin, çok rahatlıkla ve güvenle kullanılabilen bir ağrı kesicidir.

Palyatif bakım maliyet etkindir. İyi bir hasta eğitimi ve destekleyici tedavi ile bu hastaların sık sık acil servislere başvuruları engellenebilir ve yapılan çalışmalar en az %30 oranında maliyet etkinlik göstermektedir. Öte yandan palyatif bakımın kendisi ucuzdur ve maliyeti yoktur. Ancak daha da önemlisi insanların yaşam kalitesine yönelik bir hizmettir ve hastaların son günleri bile olsa mutlu geçirmelerini sağlayacaktır. Fakat tüm bunların ötesinde son çalışmalara göre, palyatif bakım aynı zamanda yaşam süresini de uzatmaktadır. Terminal döneme giren hastaların hiçbir ek onkolojik tedavi verilmeden, sadece palyatif bakım desteği ile ortalama üç ay daha uzun yaşadıkları gösterilmiştir.

Palyatif bakım tüm dünyada kanser veya diğer ölümcül kronik hastalıkları olan kişiler için zorunlu insancıl bir gereksinimdir. Bazı AB ülkelerinde bir insan hakkı olarak da kabul edilmiştir. Ülkemizde geleneksel Türk Aile yapısı nedeni ile palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyaç uzun süre gündeme gelmemiştir. Ancak, değişen ülke demografilerine paralel olarak ihtiyaç her geçen gün kendisini daha fazla göstermektedir. Palyatif bakım merkez sayısı henüz bir kaç adettir. Ayrıca palyatif bakım hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan morfine ulaşımında zorluklar vardır, mevcut morfin çeşitliliği de azdır. Özellikle opioid tedavisi konusunda bilgi eksikliği, opioid kullanımında yan etki ve bağımlılık korkusu, morfin gibi analjeziklerin tıbbi kullanımlarının kanunlarla kısıtlanması opioid tedavisinde yetersizliğe neden olmaktadır. Hâlbuki ülkemiz tüm dünyada kullanılan medikal morfinin hammaddesinin önemli bir kısmının üretim yeridir.

Türkiye gibi pek çok Müslüman ülkede de palyatif bakım hizmetleri yeterince gelişmemiştir. Bazı yayınlarda ise bu eksiklik dinsel ya da inançsal sebeplere bağlanılmıştır. Halbuki, palyatif bakım hizmetlerindeki eksikliğin esas sebebi hekim ve hastalarda yeterli farkındalığın olmaması, geleneksel kalabalık ve ataerkil aile yapılarından ötürü ihtiyaç duyulmamış olması ve insan kaynaklarındaki eksikliklerdir. Neticede bir insan hakkı olarak görülen bu tedavilerdeki mevcut eksikliklerin en kısa sürede giderilmesi gerekmektedir. Yurt genelinde gerçekleştirilecek olan bu hizmetler ile Türkiye'nin diğer bölge ülkelerine model teşkil etmesi iştten bile değerlidir.

PALYA-TÜRK PROJESİ

Ülkemizde 4 adımda palyatif bakım merkezlerinin kurulması planlanmaktadır.

Birinci basamak merkezlerde, aile hekimleri ve evde bakım hizmetleri hekim ve hemşireleri, belediyeler, sivil toplum örgütleri, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları ile entegre bir sistem içerisinde çalışılacaktır. Tüm hekimlerimizin gereği halinde kullanmalarına yönelik hemen her ilimizde mevcut hastanelerimize 2-4 yataklı palyatif bakım birimleri kurulacaktır.

İkinci ve üçüncü basamak merkezlerde, onkolojik hizmet planlamasına göre kurulacak olan Kapsamlı Onkoloji Merkezleri (KOM) ve Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezleri (OTTM) kurulacaktır. Bu merkezler 15-20 yataklı olacak ve palyatif bakım açısından daha kompleks bakımlar gerçekleştirilecektir. Multidisipliner bir yaklaşım içerisinde onkolojik cerrah, medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, ağrı doktorları (algolog), fizyoterapistler, fizik tedavi uzmanları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları vb. pek çok farklı disiplinlerin bir arada çalışacağı merkezler olacaktır. Ev atmosferine sahip olan bu merkezlerde hobi odaları, hastalara özel mutfaklar, oturma odaları, oyun odaları, masaj odaları, internet odaları, ibadet odaları planlanacaktır.

Dördüncü basamak- Hospis (Şefkatevi-Umutevi-sevgievi) merkezler, Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler bünyesinde tedaviye daha fazla yanıt vermeyen, son dönem hastaların semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip birimlerdir. Hasta ve refakatçisinin birlikte kalabileceği 30 özel odalı, hastane kampüsüne bağlı olmakla birlikte, çok uzak olmayan bağımsız yerlerde seçilecektir.

Kaynaklar:

1. INCTR Palyatif Bakım El Kitabı, Kansere Savaş Dairesi Yayınları, Ekim, 2008.
2. ESMO İleri Evre Kanserde Bakım El Kitabı, Çeviri Ed. Şeref Kömürçü, Türkiye Klinikleri, Aralık, 2009.
3. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42.
4. O'Neill SM, Ettner SL, Lorenz KA. Paying the price at the end of life: a consideration of factors that affect the profitability of hospice. J Palliat Med. 2008 Sep;11(7):1002-8.
5. <http://www.palliativemed.orgs>
6. <http://www.IPCRC.net>
7. <http://www.AACEOnline.com>

Yaşam Sonu Kararlarında Hastane Etik Kurulları / Etik Konsültasyon

Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR

mdemir@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

Yoğun bakım üniteleri, etik ikilemlerin sıklıkla karşılaşıldığı ve etik danışmanlık hizmetinin gereksinim duyulduğu yerlerdir [1]. Sağlık çalışanlarının klinikte karşılaştıkları etik sorunların çözümünde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Aşağıda bu yöntemler ayrıntılı olarak incelenecektir.

Klinik Etik Destek: Hastanede hizmet veren sağlık çalışanlarına günlük meslek yaşamlarında karşılaştıkları etik sorunları çözmelerine yardımcı olmaya ve tavsiyede bulunmaya odaklanmış tüm yapılardır. Klinik etik destek hastane etik kurulları (HEK), bireysel danışmanlar, HEK dışındaki diğer kurullar, idari ve mesleki yapılanmalar, etikle ilgili politikalar, üniversitelerin akademik birimleri gibi çeşitli yapılanmaların tümünü kapsayan genel bir terminolojidir [2, 3]. Aşağıda verilen modellerde görülebileceği gibi HEK'ler klinik etik destek modelleri içinde önemli bir yere sahip birimlerdir. Bu bağlamda HEK'ler ayrı bir başlık altında ayrıntılı biçimde incelenecektir.

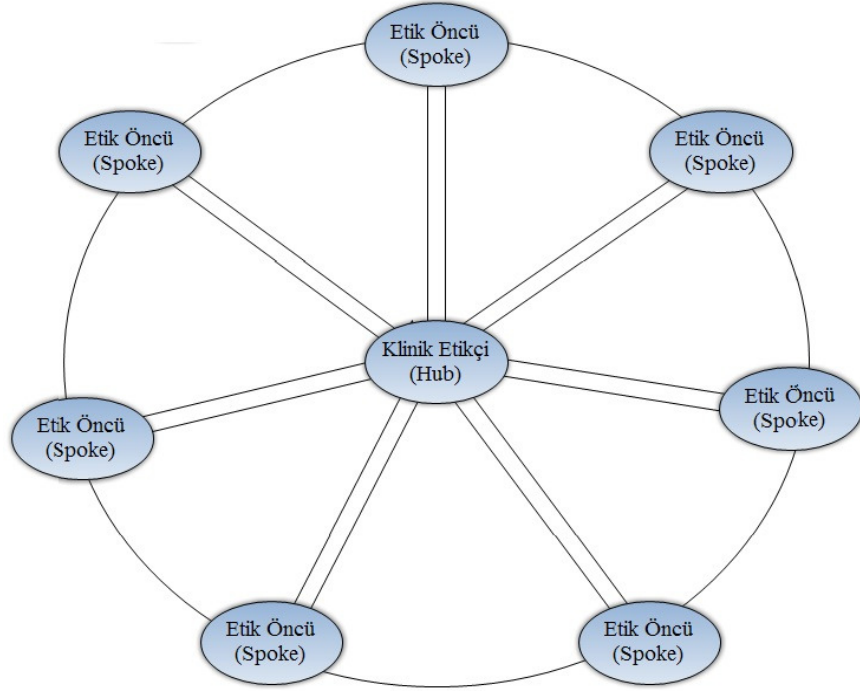
Klinik Etik Destek Modelleri

Klinikte yaşanan etik ikilemleri çözmelerinde sağlık çalışanlarına destek veren bu yaklaşımda HEK'lerin de içinde olduğu farklı modeller mevcuttur [2]:

- 1) HEK/Grup/Forum:** Bu yapılar resmi bir kurul olarak, kurumsal yapının bir parçası olarak görüldüğünden, klinisyenleri ve idarecileri daha kolay etkileyebilmektedir. Çok disiplinli bir yapıda olduklarından geniş tartışma ortamı sağlanmakta ve çoğulcu bakış açısı taşımaktadırlar. Ancak idari yapının ve disiplin işlemlerinin bir parçası olarak görülebileceklerinden, kurula vaka getiren hekimin çekinmesine neden olabilmektedirler. Bu yapılara yöneltilen eleştiriler; üye sayılarının çok olması nedeniyle başvurulara çabuk cevap veremiyor oluşları ve ayrıca politika ve rehber tartışmalarının, taslak hazırlama çalışmalarının yönetiminin zor olabilmesidir [2].
- 2) Alt kurul:** Yukarıda bahsi geçen yapılara ait, hastane politikası için taslak oluşturma ya da rehber tartışmaları gibi belli konular için oluşturulan kurullardır. Esnek olması, politika ve rehber geliştirmede etkili olması, etik danışmanlık verilen alanda daha kolay uzmanlık geliştirilebilmesi güçlü yönleridir. Ancak küçük bir grup olması nedeniyle görüş, temsiliyet sınırlı olmaktadır [2].
- 3) Vaka danışma grupları:** Kurulun toplantıya gelmesinin zor olduğu durumlarda, kurumda acil etik sorunlar görüldüğünde, çabuk cevap sağlamak için geliştirilen bu modelde hem klinikten hem de klinik dışından üyeler bulunmaktadır. Bu grubun kaç kişiden oluşacağını önceden belirlemek gerekmektedir. Acil durumda iletişime geçilebilecek ve yeterli genişlikte temsiliyet sağlayacak sayıda seçilen kurul üyeleri ile tartışılan vakalar veya vaka çıktıları tüm kurula rutin toplantıda rapor edilmelidir. Bu model, etik destek, sıklıkla vaka danışmanlığı biçiminde veriliyorsa uygundur. Ancak kurul üyelerinin normal toplantı zamanları dışında danışmanlık için uygun olmaları gerekmektedir. Grubun sınırlı olması, görüş çeşitliliğinin daralmasına neden olabilmektedir. Bu sınırlılığın üstesinden gelebilmek için tüm kararların, yeterli biçimde gözden geçirilmesini sağlayan güçlü süreçlerden geçtiğinden emin olunmalıdır [2].
- 4) Hub-and-spoke modeli [3]:** "Hub-and-spoke" uzun mesafeli uluslararası uçuşların, ülkedeki merkezi bir havaalanından aktarılması suretiyle yapılan hava taşımacılığı sistemi için kullanılan bir terminolojidir. "Hub-and-spoke" terimi uz iletişim (telekomünikasyon), ulaştırma ve bilgisayar

gibi çeşitli alanlarda da kullanılmaktadır [4]. Türkçe’de yerleşmiş bir karşılığı olmadığından terim orijinal dilinde olduğu gibi bırakılmıştır.

“Toronto Üniversitesi Ortak Biyoetik Merkezi tarafından 2001 yılında 7 hastanede denenmiş, klinik etik destek modellerinden biri olan Hub-and-spoke modelinde, merkezde (hub) bir klinik etikçi bulunmaktadır ve buna bağlı (spoke) klinisyenler etik öncü (*Ethics resource leaders*-etik kaynak liderleri) olarak klinikte görev yapmaktadırlar (Bkz: Şekil Hub-and-spoke modeli) [3].



Şekil: Hub-and-spoke modeli

Merkezin (hub) temel görevi hastane içinde etik farkındalığı, bilgi ve beceriyi arttırmaktır. Merkezin bir diğer görevi de, günlük etik ikilemlerle ilgili sorunları cevaplamakla görevli etik öncülere danışmanlık yapmak, onlara eş güdüm sağlamak ve desteklemektir [3]. Etik sorun ortaya çıktığında o klinik alandaki etik öncü sorunu çözmeye çalışmakta, gerekirse konuyu merkeze (bu bireysel danışman olabileceği gibi HEK de olabilir) taşımaktadır. Bu konudaki ideal yapılanma etik öncünün etik eğitimine sahip olmasıdır. Gerçekte öncülerin ve kurul üyelerinin bu tip eğitimleri alması zorunlu olmalıdır. Etik öncüler kararların yeterli biçimde gözden geçirildiğinden emin olmak için her vaka danışmanlığının özetini bir sonraki toplantıda merkeze getirmelidir [2].

Hub-and-spoke modelinin güçlü yönleri

Klinikte hizmet veren etik öncüler etik danışmanlığın kolay ulaşılabilen, esnek, çabuk cevap veren bir yapıda olmasını sağlamaktadırlar. Her kliniğe özgü yaşanan benzer vakalar o etik öncülerin belli konularda deneyim kazanmasını sağlamaktadır [3].

Hub-and-spoke modelinin sınırlılıkları

Klinikte yaşanan etik ikilemlerle ilgili tartışmalarda, etik öncüler konuya sınırlı bakış açısıyla bakabileceklerinden, gözden geçirme potansiyelleri yetersiz olabilir. Hastanelerde tüm klinik alanlarda yeterli seviyede etik uzman sağlamak zordur [3].

- 5) **Etikçi (Tıp Etiği Uzmanı):** Avrupa ve İngiltere’den çok Kuzey Amerika’da görülen bir modeldir. Bireysel etikçiler sağlık çalışanlarına, hastalara, hasta bakımı verenlere ve doğrudan kurumlara etik destek vermektedirler. Etikçiler üniversitelerin felsefe, teoloji, hukuk ve tıp alanlarında akademik çalışma yapan kişilerdir [2].
- 6) **İki tabakalı klinik etik modeli:** Almanya’da birkaç organizasyonda uygulanan bu modelde bireysel etik danışmanın ve HEK’lerin olumlu yönlerinin birleştirilmesi hedeflenmiştir. Bireysel etik danışmanlar vakayı hasta başında değerlendirebilirken, kurumsal rehberler ve politikalar disiplinlerarası kurullarda daha verimli oluşturulmaktadır. Bu modelde etik vaka tartışmaları bir moderatör yöneticiliğinde hastaya bakım veren sağlık ekibi tarafından yürütülmektedir. Bu tartışma ile ilgili HEK’e geri bildirimde bulunulmakta ve bu da kurul tarafından geliştirilen etik rehberler ve politikalar şeklinde klinikte çalışan personele geri dönmektedir [5].
- 7) **Frankfurt Modeli:** Almanya’da bir hastanede oluşturulan Tıp Etiği Merkezinde çalışan etik danışmanın ücreti hastane dışından bir birim tarafından ödenmektedir. Bu yapılanma ile etik danışmanın hastane idaresi ile ilişkisi olmadığı vurgulanmaktadır. Vurgulanan bir diğer nokta ise danışmanın servisteki varlığıdır. Hastaya bakım veren ekibin danışmanlık talep etmesinden çok danışman doğrudan serviste bulunarak aslında hizmetlerini ekibe sunmaktadır. Bu yaklaşım ile servis içinde etik danışmanlık hizmetlerine ulaşmanın kolaylığı ve etik farkındalığı geliştirme gücü ön plana çıkarılmaktadır. Etik ikilemlerde karar vermekten çok kılavuz olarak görev yapan etik danışmanlar, etik danışmanla yapılan rutin toplantılar sırasında sağlık çalışanlarına etik sorunları fark etmeyi, etik sorunlarla diğer sorunları ayırmayı, etik gerekleştirmeyi ve çözüm için yollar aramayı öğretmek eğitim işlevini de yerine getirmektedirler [6].

Bu modellerde de görüldüğü gibi HEK’ler klinik etik destek modelleri içinde önemli bir yere sahip birimlerdir. Bu bağlamda HEK’ler ayrı bir başlık altında ayrıntılı biçimde incelenecektir.

Hastane Etik Kurulları

HEK’ler için literatürde Sağlık Bakımı Etik Kurulları (Healthcare Ethics Committees), Klinik Etik Kurullar (Clinical Ethics Committees) ve Klinik Etik Destek (Clinical Ethics Support) gibi farklı adlandırmalar kullanılmaktadır. Aynı zamanda HEK’ler Kurumsal Etik Kurullar (Institutional Ethics Committees) tanımı kapsamında yer almaktadır. Bu metin kapsamında Hastane Etik Kurul adlandırması kullanılacaktır.

HEK günümüzde sağlık çalışanlarının ve hastaların karşılaştıkları etik sorunların çözümünde onlara yardım etmek amacıyla kurulmuş, temelde hasta-hekim ilişkisine müdahale etmeyen, hastalara ve hekimlere yardımcı olan, etik danışmanlık veren birimlerdir. HEK’ler farklı disiplinlerden üyelere sahip, kendini eğiten, çalıştığı kurumun politika geliştirme sürecine katkıda bulunan yapılardır. HEK’lerin temelinde bağlı bulundukları kurumlarda “hasta odaklı hizmet sunumunu” geliştirmek bulunmaktadır. HEK’lerin hastaların esenliğini güvenceye almak ve kurumun sağlık çalışanlarını yasal sorumluluktan korumak gibi iki temel unsuru tanımlanmıştır [7, 8]. Ancak gözden kaçırılmaması gereken en önemli nokta, HEK’lerin tavsiye kararı verdikleri ve sorumluluğun her zaman hastadan sorumlu birincil hekimin üzerinde olduğudur [8]. HEK’lerden çıkan kararlar yargılayıcı veya cezalandırıcı özellikte değildir. HEK’ler en son karar noktaları değildir ve kuruldan üretilen kararlar sadece tavsiye kararı niteliğindedir [9].

HEK’in İşlevleri

HEK’lerin işlevleri genelde üç başlıkta toplanabilir. Bunlar etik eğitimi, sağlık kurumu için politika, rehber geliştirme ve etik danışmanlık hizmetleri olarak sıralanmaktadır [10].

- **Etik Eğitimi:** HEK’ler hem kurumlarının gereksinim duyduğu alanlarda etik eğitimlerini organize etmek hem de kendi gelişimleri için üyelerinin eğitimini sağlamak amacıyla eğitime ayrı önem vermektedir [11].
- **Sağlık kurumu için politika ve rehber geliştirme:** Sağlık çalışanlarının etik ikilemlerle karşılaştıklarında kolay ve çabuk karar vermelerini sağlamak adına yol gösterici belgelerdir. Bunlar kılavuzlar, akış şemaları, kurumun işleyişe yerleştirdiği politikalar biçiminde kendini gösterebilmektedir [8].
- **Etik Danışmanlık:** Hastanın tanı ve tedavi sürecinde sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları etik ikilemleri çözmelerinde yardımcı olmak amacıyla, konusunda uzman kişiler tarafından verilen danışmanlık hizmetidir. Bu hizmet; sorunun tanımlanması, analiz edilmesi ve çözümlenmesi aşamalarından oluşur [12]. Etik danışmanlık hizmetleri belli becerilere, bilgiye, niteliğe, tutum ve davranışlara sahip kişiler tarafından verilmelidir. Danışmanlık yapacak kişi ahlaki gerekçelendirme, etik teori, biyoetik konular ve kavramlar, sağlık sistemleri, klinik durum, danışmanlık yapılan kurumun bilgileri ve politikaları, hastanın ve personelin inançları, etik kodlar, rehberler, ilgili yasalar hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Bu bilgilerini sürekli eğitim, öğretim, sertifikasyon programları, kendi kendine eğitim gibi yollarla elde etmeli ve güncel tutmalıdır. Bu özellikler HEK kurul üyeleri için de geçerlidir [13]. Etik danışmanlık hizmeti verecek kişinin sağlık çalışanları ve hasta/hasta yakınları ile çatışma yaşadıkları ortamda sakin kalma, sinirli hasta ve diğer taraflar arasında arabulucu olma gibi karakter özelliklerinin nasıl olması gerektiğine dair detaylı çalışmalar mevcuttur [14].

HEK’lerin multidisipliner bir yapıda olması bütün tarafların görüşlerini yansıtmayı açısından önemlidir. HEK üyeliği için kesin sınırlamalar olmamakla birlikte, HEK’lerin genelde bir tıp etiği uzmanı, hekimler, hemşireler, bir risk yöneticisi, bir sağlık hukukçusu, bir sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi ve yerel toplumdaki hasta temsilcisinden oluştuğu görülmektedir [8]. Kurula danışmanlık için getirilen konuya özgü konunun uzmanı, görüş almak üzere kurula çağırılabilir.

Etik danışmanlık hizmetlerinde farklı yaklaşımları kullanarak etik ikilemleri çözmek, çözüm önerileri getirmek mümkündür. Bu yöntemlerden bir tanesi Dört Kutu Yaklaşımıdır [15].

Dört Kutu Yaklaşımı:

Amerika Birleşik Devletleri’nde üç klinik etikçi Albert R. Jonsen, Mark Siegler ve William J. Winslade vaka değerlendirmesi esnasında “4 kutu yaklaşımı” olarak da isimlendirilebilecek bir yöntem kullanmaktadırlar ve bu yöntem bugün klinik etik karar verme süreçlerinde yol gösterici bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemde her klinik vakada araştırılması gereken dört temel konu tanımlanmaktadır. Bunlar sırasıyla “tıbbi belirleyiciler”, “hastanın tercihleri”, “yaşam kalitesi kavramı”, “vakayı çevreleyen diğer çevresel özellikler” basamaklarıdır. Bu bağlamda klinik etik karar verme süreçlerinde sorulması gereken sorulara örnekler ve bağlantılı oldukları temel etik ilkeler aşağıdaki tabloda verilmiştir (Bkz. Tablo 1). Dört kutu yaklaşımına göre klinikte etik karar verme süreçleri tüm bu dört başlık altında toplanan bilgilerle yürütülmelidir [15].

Tablo 1: Dört Kutu Yaklaşımı [15]

TIBBİ BELİRLEYİCİLER <i>Yararlı olma/ Zarar vermeme ilkeleri</i> Hastanın tıbbi sorunu nedir? Bu sorun akut, kronik, kritik, acil ve ya geri dönüşümlü müdür? Tedavini hedefleri nedir? Başarı şansı nedir? Tedavi başarısız olursa ne yapılacaktır? Bu hastaya nasıl yararlı olunur, nasıl zarar görmesi engellenir?	HASTA TERCİHLERİ <i>Özerkliğe saygı ilkesi</i> Hastanın karar verme yeterliliği var mıdır? Hastanın yeterliliği söz konusu ise tedavi hakkındaki kararı nedir? Hasta aydınlatılmış onamını vermiş midir? Hasta yeterli değilse yerine kim karar verecektir? Yetkilendirme bildirimi (<i>Advance Directive</i>) var mı? Hastanın hakları etik ve yasal olarak korunuyor mu?
YAŞAM KALİTESİ <i>Yararlı olma/ Zarar vermeme</i> <i>Özerkliğe saygı ilkeleri</i> Tedavi ile veya tedavisiz normal yaşama dönme beklentisi nedir? Tedavi başarılı olsa bile olası fiziksel, sosyal ve mental yetersizlik riski var mı? Hastanın yaşam kalitesini değerlendirmede önyargı söz konusu mu? Tedaviyi kesmek için bir plan veya mantıksal açıklama var mı? Hastanın rahatı ve palyatif bakımı için plan var mı?	VAKAYI ÇEVRELEYEN DİĞER ÇEVRESEL ÖZELLİKLER <i>Adalet ilkesi</i> Ailenin, sağlık çalışanlarının tedavi kararlarını etkileyen konular var mıdır? Dini veya kültürel etkenler var mıdır? Ekonomik nedenler tedavi kararlarını etkilemekte midir? Kaynaklara ulaşım sorunu var mıdır? Çıkar çatışması var mıdır? Hukuk tedavi kararlarını nasıl etkiler?

Türkiye’de HEK’ler: Dünya örneklerine bakıldığında da genelde sağlık çalışanlarının gereksinimleri doğrultusunda tabandan gelen bir istekle oluşturulan HEK’lerle ilgili yasal düzenlemeler sınırlıdır ve kurumları ile ilgili belli bir standart yoktur. Türkiye’de de bu paralelde HEK’lerin kurulmasında geçerli olan yasal düzenlemeler bulunmamaktadır [16].

Türkiye’de HEK’lerle ilgili yapılmış 4 adet tez bulunmaktadır. Bunlar: (1) Hamiyet Karakaya’nın “Hastane Etik Kurulları ve Türkiye’de Kurulabilme Koşulları” isimli doktora tezi, (2) Hanzade Doğan’ın “Kurumsal Etik Komitelerinin Sağlık Hizmetlerinde Yeri” isimli tıpta uzmanlık tezi, (3) Esin Karlıkaya’nın “Etik Konsültasyon/Danışmanlık Konusunda Kliniklerde Çalışan Sağlık Görevlilerinin Tutum ve Beklentileri” ve Müge Demir’in (4) “Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemlerin Farkındalığı Araştırması-Hastane Etik Kurul Model Önerisi” isimli doktora tezidir.

Ülkemizde yaygın olarak bulunmayan HEK’lerin genel durumunu ortaya koymak amacıyla yapılan bir çalışma ile HEK’lerin ülkemizde 2000’lerin başında yapılanmaya başladığı görülmüştür. İlk örnek olan Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde araştırma etik kurulu ve HEK tek çatı altında toplanmıştır. Kocaeli, Ege ve Marmara Üniversitelerinde literatürde tanımı yapıldığı biçimde çalışan HEK’ler bulunmaktadır. Ancak yapılan çalışma sonuçlarına göre bu üniversite hastanelerinde hizmet veren HEK’ler son yıllarda sadece istek üzerine etik danışmanlık hizmeti veren bir yapıya dönüşmüştür. 2005 yılından sonra oluşan kısıtlı sayıda HEK’lerin ise aktif olarak çalışmadıkları görülmüştür [16].

Sonuç olarak yaşamın sonunda alınan kararlar gibi klinikte sağlık çalışanlarının sıkıntı duydukları alanlarda çözüm yollarından biri olan HEK’ler, bir gereksinim olmakla beraber Türkiye’de yaygın olarak bulunmamaktadır. Bu bağlamda Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde yürütülen doktora tezi

hastanede çalışan hekimlerin görüşleri doğrultusunda oluşturulan bir model ile HEK'lerin kurulumunu kolaylaştırmak adına yapılmış önemli bir adımdır.

Kaynaklar:

1. Swetz, K.M., et al., *Report of 255 Clinical Ethics Consultations and Review of the Literature*. Mayo Clin Proc, 2007. 82(6): p. 686-691.
2. Slowther, A., et al., *A Practical Guide for Clinical Ethics Support*. 1. ed2004, İngiltere: The Ethox Centre.
3. MacRae, S., et al., *Clinical bioethics integration, sustainability, and accountability: the Hub and Spokes Strategy*. Journal of Medical Ethics, 2005. 31: p. 256-261.
4. *Spoke-hub distribution paradigm (Hub-and-spoke)* [cited 2010 04.06]; Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Spoke-hub_distribution_paradigm.
5. Steinkamp, N. and B. Gordijn, *The Two-Layer Model of Clinical Ethics and a Training Program for the Malteser Hospital Association*. HEC Forum, 2001. 13(3): p. 242-254.
6. Schmidt, K.W., *Models of Ethical Consultation: The Frankfurt Model*. HEC Forum, 2001. 13(3): p. 281-293.
7. Oğuz, Y., et al., *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*. 1 ed2005, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu. 163-164.
8. UNESCO, *Biyoetik Kurulların Oluşturulması Kılavuz No.12006*, UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik Komitesi, .
9. UNESCO, *Biyoetik Kurullar İş Başında: Çalışma Biçimleri ve Politikalar Kılavuz No. 22006*, UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik Komitesi,.
10. Watson, A.R., *Ethics support in clinical practice*. Arch. Dis. Child., 2005. 90: p. 943-946.
11. UNESCO, *Biyoetik Kurulların Eğitimi Kılavuz No 32007*, UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik Komitesi.
12. Puma, J.L. and D. Schiedermayer, *Ethics Consultation A Pratical Guide*. 1 ed1994, England: Jones and Bartlett.
13. Aulisio, M.P., R.M. Arnold, and S.J. Youngner, *Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies*. Ann Intern Med., 2000. 133: p. 59-69.
14. Mokwunye, N.O., et al., *Hiring a Hospital Staff Clinical Ethicist: Creating a Formalized Behavioral Interview Model*. HEC Forum, 2010. 22(1): p. 51-63.
15. Jonsen, A.R., M. Siegler, and W.J. Winslade, *Clinical Ethics*. 6 ed2006, USA: McGraw-Hill Companies.
16. Demir, M. and N.Ö. Büken, *Dünyada ve Türkiye'de Hastane/Klinik Etik Kurulları*. Hacettepe Tıp Dergisi, 2010. 41(3): p. 186-194.

Hospice: Bir Kurumun Değil Bir Yaklaşımın Adı

Prof. Dr. Arın Namal

arinnamal@gmail.com

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

*Ölmek bir hastalık değildir, genellikle hastalıkla bağlantılı,
yaşamdaki son zorlu evredir.*

JC Student

Endüstri toplumlarında insan, üç şeye koşullandırılmaktadır:

- 1) Yüceltilen üretkenlik kavramı doğrultusunda durmadan çalışmak,
- 2) Sosyal yardımlaşma düşüncesini bu işin profesyonellerine havale etmek,
- 3) Madalyonun tek yüzüne, yani başarıya, mutluluğa, tüketime odaklanmak.¹

Böyle bir bakış açısının egemen olduğu bütün toplumlarda, sakat, akıl hastası, yaşlı, hasta ya da ağır hasta olduğu için üretime katılamayanlar, “anormal” kabul edilerek kendileri için oluşturulmuş kurumlara gönderilirler: Sakatlar, Sakatlar Yurdu’na, yaşlılar Huzurevi’ne, akıl hastaları Akıl Hastanesi’ne, muhtaç kişiler sosyal yardım kurumlarına. Ölümü beklenenlerin durakları önce Yaşlılar Yurdu, son yaklaştığında ise Hastane’dir. Student², endüstri toplumlarında insanın, sonsuz gördüğü ömrünün akışını frenleyen, rahatsız eden her şeyi dışlamayı alışkanlık haline getirdiğini söyler: “Zamanımızda ayrılıklarla başetmek için başvurulmuş strateji ‘yok etmek’tir. Hoşumuza gitmeyen her şeyi yadsıma yoluyla yaşanmamışa çeviririz. Ölüm süreci, ölüm ve yas görmezden geldiklerimiz içerisinde önemli bir yer tutmaktadır.” Sörens³, yaşlı ve hem yaşlı, hem de ağır hasta insanların Yaşlılar Yurdu ya da Hastanelere götürülmelerini bir tür apartheid olarak niteler.

Norbert Elias, *Ölmekte Olanların Yalnızlığına Dair* adlı kitabında, “Ölüm, yaşayanların sorunudur” demişti ama, modern toplumlarda ölüm tabulaştırılmıştır. Oysa ölmekte olanlar, özel bir durumda olan yaşayanlardır. Feldmann⁴, ölümü tabulaştırmaya yol açan nedenleri şöyle tanımlamıştır:

- Ölümün kişiselleştirilmesi ve izole edilmesi: Kırsal yaşama biçimi içerisinde topluluğun üyelerinden birisinin ölümü, öleni tanıyan herkesi ilgilendiren bir olaydı. Modern aile yapısının belirleyici olduğu günümüz toplumlarında yaşanan ölüm, yalnızca bu küçük ailenin bireylerini ilgilendirmektedir. Büyük bir toplulukta bireyin ölümü, hiçbir aksamaya yol açmamakta, toplum yaşamını etkilememektedir. Aries⁵, “Büyük kentte yaşam, hiç kimse ölmüyormuşçasına işler” demiştir. Bu ortamda cenaze törenleri ve yas ile ilgili ritüeller küçülmüş, ölmekte oluşları ve ölümleri kimseyi ilgilendirmeyen yaşlı insanların sayısı giderek artmıştır.
- Ölme sürecine tanıklık etmemiş olmak → ölümden uzak durmak → ölmekte olanı dışlama: Ortalama yaşam süresi uzadıkça, insanların yakınlarının ölümüne tanık olmaları, olgunluk çağlarına

¹ Dörnek K: Tödliches Mitleid. In: Student JC (Hrsg.): Das Recht auf den eigenen Tod. Freiburg 1993, S. 33-34.

² Student JC (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. Freiburg 1991, S. 10.

³ Sörens A: a.g.m., S. 514.

⁴ Feldmann K: Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen 1997, S. 34-35.

⁵ Aries P: Geschichte des Todes. München 1987, S. 28.

kaymıştır. Pompey⁶, “Bugünün 40 yaşındaki insanı, geçmişin 14 yaşındaki insanının ölüme tanıklık deneyimine ancak sahip olabilmektedir” demektedir. Daha önce ölüme tanıklık etmemiş bu insanlar, ölüm döşeginde olanla, ölüyle ya da yas tutanla karşılaşmayı rahatsız edici bulurlar, ölmekte olan yakınları karşısında da bocalar, onlardan uzak durmaya çalışırlar. Aynı duygularla çocuklar, ölmekte olanlardan, mezarlıklardan uzak tutulur. Oysa Lamerton⁷, çocukların ölmekte olan yakınlarını hastanede ziyaretten alıkonulmalarının yanlış olduğunu söyler. Çocukların bu ziyaretlerde ortamı yumuşatıcı, ölmekte olana yaşamın sürekliliğini duyumsatışları ile teselli verici işlev gördüklerine dikkat çeker. Çocukların da bu ziyaretlerden olumsuz etkilenmediklerini gözlemlediğini de belirtir. Ölmekte olandan uzak durma, ölen kişinin yakınları tarafından yalnızlığa itilmesi, tümüyle profesyonellerin elinde kalması demektir. Bu ise ölüme ilişkin deneyim eksikliğini körükleyen “kısır bir döngü” yaratır.

- Ölümü bürokratikleştirme, kişisellikten sıyırma ve ölmekte olana yabancılaşma: Günümüzde insanlar, hastanelerde, daha çok da yoğun bakım ünitelerinde ölüyorlar. Bu koşullarda ölmek, artık kişisel bir süreç değildir. Ölmekte olan kişiye müdahale eden birçok kişi vardır. Çünkü hastane, katı kurallarla, kontrollerle işleyen bir kurumdur. Buradaki her tıbbi müdahale prosedürlere bağlıdır ve katı biçimde dökümanite edilir. Hastanede, hastanın karşısındaki hekim, onun tanımadığı bir kişidir. Hastaneye yatış öncesinde hastaya bakan hekim, burada artık bir role sahip değildir. Bu yabancı ortamda ölenin onura saygı, insanca bir sıcaklık, rastlanması zor kavramlardır. Oysa ölme sürecindeki kişiye doğru yaklaşabilmede, hastanın sadece tıbbi bulgularına ait değil, insani portresine ait kapsamlı bilgiler edinebilmek gerekir. Günümüzde daha çok, bürokrasi ile işleyen kurumlarda, yani hastanelerde ölmektedir. Hastanede, hem de ölecek durumda bir hasta olarak bulunmak, iyice anonimleşmek, birey oluşunu duyumsamaktan uzaklaşmak demektir. Hastanede ileri teknoloji uygulamaları içerisinde ölmek de, birey oluşu duyumsamanın ortadan kalkmasında bir faktördür.
- İletişim kopukluğu ve özgüven yitimi tehlikesi: İletişim kopukluğunun tek nedeni, ölmekte olanla iletişim kurmakta zorlanma değildir. İnsanlar, ölüm gerçeği üzerinde düşünmekten, önemli ölçüde rahatsız olmaktadır.⁸ Yine kişinin kendisini bekleyen ölümü düşünmesinin, özgüven duygusunu ciddi olarak zedelediği üzerinde durulmuştur.⁹
- Ölümü yaşlılığa endekslleme: Geçmiş yüzyıllarda bebek, çocuk ölümlerinin sıklığı yanında, çok genç insanların, fazla yaşlı olmayanların da ölümü alışılmış durumları. Günümüzde ise geçmiş yüzyıllardakinin aksine daha çok yaşlı insanlar öldüklerinden, ölüm, yaşlıların sorunu gibi algılanmaya başlandı. Günümüzde çocukluk ve gençlik, sağlıklılıkla özdeşleştirilen yaşam evreleri kabul edilmektedir.
- Seküler ölümsüzlük umudu: Tıpta hızlı atılım ve teknolojikleşme, toplumda yaşamın adeta sınırsızca uzatılabileceği duygusu uyandırdı. Dinlerin, ölümün, yaşamın yanıbaşında daima duran bir gerçek olduğu telkinlerine pek kulak verilmemektedir.

20. yy.’da ölüm döşegi neden evlerden hastanelere taşındı?

Ölmek, geçmişte daha kolaydı, insanların çoğu evlerinde, yani kendilerini yakın hissettikleri, güvendikleri insanlar arasında ölüyorlardı.¹⁰ Yıllarca yaşamış oldukları, biriktirdikleri anı eşyalarla kendilerine özgü bir dünya kurdukları, beğenilerine göre döşeyip alıştıkları, çocuklarını büyüttükleri, kimi kez kedi ya da köpeklerine de yerdi evleri. Kişinin ölümü, sadece ailesini, dostlarını ve ailenin

⁶ Pompey H: Sterbende nicht allein lassen. Erfahrungen christlicher Sterbebegleitung. Mainz 1996, S. 24.

⁷ Lamerton R: Sterbenden Freund sein. Helfen in der letzten Phase. Freiburg 1991, S.87.

⁸ Fuchs W: Todesbilder in der modernen Gesellschaft. Frankfurt 1979, S. 105.

⁹ Feldman K: a.g.e., S. 35.

¹⁰ Sörens A: Sterben im Krankenhaus I. Die Schwester / Der Pfleger 1994, 6: 18.

hekimini ilgilendiriyordu. Artık bir şey yiyip-içmek ve ilaçlarını almak istemeyen ağır hastaya ailesi bakıyor, o bu durumda aile hekiminin gözetiminde aile fertlerinin kolları arasında yaşama gözlerini yumabiliyordu. Böyle bir ölüm, hüznü de olsa “soğuk” değildi. Ölmek bilinen, yaşamın kabullenilen bir kısmıydı.

Ölümün hastanelere taşınmasında, endüstrileşme süreci de belirleyici oldu. Daha 1980’li yıllarda İngiltere halkının %60’ından çoğunun hastanelerde öldüğü, aynı zaman kesitinde bu oranın New York’da %72’ye yükselmiş olduğu belirtilmiştir. 1950 yıllarında bu oran %50 idi. İnsanlara nerede ölmeyi arzuladıkları sorulduğunda, %70-80’i evlerinde ölebilmeyi dilediklerini söylerken, istatistikler, nüfusun artık %70-80’inin hastanelerde ya da bakımevlerinde, arzulamadıkları ortamlarda dışlanmış bir şekilde, ayrılmış mekânlarda (kliniğin çamaşırların depolandığı odası ya da boş bulunan bir diğer odasında, bazen de yatağının etrafı ayaklı perde ile çevrelenerek) öldüklerini ortaya koymaktadır.

Endüstrileşme süreci öncesinde tarlalarda ya da zanaat kollarında çalışılırken, kişi iyice güçten düşene kadar üretime katılır, üretimden çekilmek zorunda kaldığında ailenin üretim gücü yerinde fertleri tarafından korunur, böylelikle sosyal bir koruma mekanizması aile içerisinde kendiliğinden işlerdi. Endüstrileşme sürecinde aile bireyleri fabrikalara, ardından bürolara gitmeye başladılar. Aile fertlerini himaye edebilecekleri ortam, farklılaşmaya başladı. Aile yapısı giderek küçüldü, anne-baba, bir ya da iki çocuktan oluşur hale geldi. Genellikle anne ve babanın her ikisi de çalışıyor, çocuklar ise okulda oluyorlardı. Geçmişteki geniş aile yapısında, sağlığı yerinde olan her fert çalışsa da, ağır hastalarına dönüşümlü olarak bakabilen bir düzen içerisindeydiler. Ayrıca yaşanan mekânlar, günümüzde ailelerin küçülen konutlarından çok farklıydı. Kent yaşamı içerisindeki bir ailede, ölmekte olana bakacak koşullar ortadan kalkmıştı. Evin küçüklüğü, bakacak kimsenin olmayışı, ölümü beklenen bir hastayı hastaneye kaldırmanın gerekçeleri olarak ileri sürülür. Aslında hasta yakınları, kendi ölümlülükleri ile yüzleşmek zorunda kalmanın tedirginlik ve korkusunu yaşarlar. Hastanede, ölümün kaçınılmazlığını geriletebilecek bir şeyler yapılabileceği, hiç olmazsa ağrılarının giderilebileceği umulur.

Tıp kurumlarında ölmekte olana klasik yaklaşım

Sireni kulakları uğuldatan ambulans içerisinde hastaneye ulaştırılmaya çalışılan ölmek üzere olan hasta, daha çok acı duyduğu bir süreç içine itilmiş olur. Alet, pompa sesleri, telaşlı konuşmalar, acile kabulde koşturan personel. Acile giriş ile tıbbi, kurumsal, hukuki standartların gereğini yerine getirmek üzere tedavi protokolü otomatik olarak işlemeye başlar. O şimdi, duygu ve düşünceleri gözardı edilmiş bir durumdadır. Düzenli olarak kanı alınır, bulgular dosyasına işlenir, EKG’si, röntgeni hatta tomografisi tamam edilir. “Tıbben” böyle gerekmektedir. Düzinelerle insan rutin işlem dizisini tamamlamak üzere etrafında dolaşır, kalbi-nabızı dinlenir, EKG’si yenilenir, solunumu izlenir, kendisi değil, sekresyonları-dışkısı gözlenir. Hekimlerin elden gelen her şeyin yapıp yapılmadığına dair duydukları endişe, özellikle genç, deneyimsiz hekimleri, körü körüne artık bir şey vaad etmeyen, hırpalayıcı tıbbi girişimleri devreye sokmaya iter. Bir zerre umut varsa, hastalığın prognozunun ölümcül olduğu adeta unutulur. Bu ruh hali içerisinde bir nebze iyilik vaad eden her yola başvurulur: *“Belki de faydası olur?..” “Her şeyin boşuna olduğundan nasıl emin olabilirim?”* Oysa, ölüme sürüklenişi durdurulamaz hale gelmiş hastanın artık kahramanlara ve mucize tedavilere gereksinimi kalmamıştır. Artık gereksinim duyduğu şey, katedeceği kısa mesafede yanında olacak, onu bırakmayacak insanlardır. Hastalığın prognozu hakkında gerçekte çelişir şekilde iyimserlik taşımaya çalışmanın, hasta için bedeli ağırdır. Belki hasta hırpalayıcı tanı-tedavi girişimlerinin kesilmesini isteyecektir ama, içine düştüğü tükenmişlik tablosunda çoğu kez ifade gücünü yitirmiş durumdadır. Hasta yakınları bu gidişi etkileyemez ve hastalarının anlamsız müdahalelere savunmasız biçimde teslim oluşunu acı içerisinde izler. Ne yazık ki hastanın yasal vekili aracılığıyla “Varsayımsal Onam”ının nasıl belgelenip yaşama geçirilebileceği toplumda hiç tartışılmamaktadır. Bu konudaki suskunluğun getirdiği belirsizlik, ölüme kadar tıbbi müdahalelerin bütün hızıyla sürdürülüşü sonucunu doğurur. Oysa, yaşamın sadece saatler ya da günler boyu uzatılmasına yarayabilecek bu hırpalayıcı müdahaleler, hastanın bilinci yerinde ölebilmesi olanağını da elinden almaktadır. Bu tablo,

hastanelerde insancıl olmayan bir ortamda gerçekleşen ölümün, nefret uyandıran resmidir. Ölmekte olan insanın çok yönlü gereksinimleri varken, yapılmakta olan, hiçbir anlamı kalmadığı halde, sadece organ sistemlerinin defektlerinin tedavi edilmeye çalışılmasıdır. Hastaneler, ölüme refakat konusunda değil, sağaltma konusunda uzmanlaşmışlardır. Ölüm, “tıbbi başarısızlık” olarak görülür, çünkü ölmekte olana verilen bakım, hastanenin toplumda övünebileceği bir özelliği değildir. Böyle bir vaad, olsa olsa hastanenin tıbbi bakımda yetersiz kalışının bir ifadesi kabul edilir. Hekimlerin sadece küçük bir kısmı ümitsiz olgularda, durmadan terapötik hedefler koymanın bir tür tıbbi körleşme olduğunun farkındadır. Ölmekte olanların bakımı tıp uzmanlarının ödevi olsa da, bu konuda ne yeterince eğitim almışlardır, ne de kurumlarından bu konuda destek görmektedirler. Hastane ve personelin bu konudaki görevleri ayrıntılı olarak tanımlanmamıştır, yerine getirilip getirilmediği de kontrol edilmemektedir. Mesleki uygulamalarda bu konuda verilen hizmete özel bir önem atfedilmediği görülmektedir. Hekimler, hemşireler, ölmekte olan hastaya insani ilgi göstermek istediklerinde, iş koşullarının engeli ile karşılaşır. Hastane ortamının, ölme süreci ile bağdaşmayan yönlerini de iyi tanır: Gürültülü ortam, mekânın uygunsuzluğu, gündelik işlerin baskısı, zaman ayıramama, insancılığın eksik kalışı... Çoğu bu koşullardan yakınır ama, koşulları düzeltmeye çalışma arayışı da kısa sürede tükenir. Bu koşullar, Aktif Ötanazi taleplerini kışkırtıcı niteliktedir.

Yerleşik tutuma ve koşullara tepki: Hospice Düşüncesi’nin doğuşu

İkinci Dünya Savaşından kısa süre sonra, Cicely Saunders, o zamanlar 20 yaşlarının sonlarında, Londra hastanelerinden birinde çalışan genç bir hemşireydi. Görevi sırasında 40’lı yaşlarda, kaderinden etkilendiği David Tasma adlı hasta ile karşılaştı. O, Polonyalı bir yahudiydi, Varşova’da Nazilerin programladığı soykırımdan canını zor kurtarmıştı, ama şimdi de terminal dönem kanser hastası olarak koğuştta yatıyordu. Cicely Saunders, onunla sohbet etti ve ikisi birlikte, David Tasma durumunda olanların, yani ölümü bekleyenlerin, ölüme dek yaşayabilecekleri daha iyi koşullarda yerler olması gerektiği konusunda hayaller kurdular. David Tasma, öldüğünde varı yoğunun tümü olan 500 İngiliz Sterlini’ni, Saunders’a bir not yazarak bıraktı: *‘O evde bir pencere olmama izin verin!’* Saunders, sevgisini kazanan bu genç adamın ölümünden etkilenmişti ve David Tasma’nın miras bıraktığı pencerenin bir ev halini alması için çabalamaya başladı. Bu, uzun bir yoldu. Eğitimler aldığı yirmi yıl geçti, bu sürede önce Sosyal Hizmet Uzmanlığı, ardından tıp eğitimini bitirdi. Girişimlerde bulundu, sonuç alamadı, nihayet 1967 yılında Londra’nın sakin bir banliyösü olan Sydenham’da, ölmekte olanlar ve yakınları için kurulmuş evi açmayı başardı. Bu eve ‘St. Christopher’s Hospice’ adını verdi. Ad seçerken, hastane çağrışımı yapacak isimlerden uzak durmuştu. Hospice adı ile eski geleneklerle bağ kurmak istemişti. Ortaçağ’da Hospice’ler, hac yolundakilere barınma, bakım, güçlendirme hizmeti vermek üzere Kilise cemaati tarafından kurulmuş hanlardı. 20. yy.’ın Hospice’leri de geçmişlerindeki anlayış paralelinde, bu dünyadan öbürüne göçecek insanlar için, yollarının son etabını gidebilmelerine destek olmak üzere gereksindikleri her şeyi onlara vermeliydiler. Dr. Cecily Saunders, 1967 yılında Londra’nın banliyölerinden birinde modern Hospiz düşüncesinin ilk tipik örneği olan St. Christopher’s Hospice’in kapılarını hizmete açarken, insanlığa şu soruyu yöneltiyordu: *“İnsanlar yaşamlarının sonunda dayanılmaz ağrılar çekmek zorunda mıdır? Yalnızlık ve artık anlamını yitirmiş “araç-gereç tıbbi”, yaşamın son evresine damgasını vurmak zorunda mıdır?”* Bu soruya kendisinin verdiği yanıt ise şöyleydi: *“Hayır, ölüm bambaşka şekilde yaşanabilir, insanca ve onurlu!..”*



Fotoğraf: İlk modern Hospice: St. Christopher's Hospice ve parka bakan bahçesi (2011)¹¹

St. Christopher's Hospice'in içi, kliniklere benzemiyordu: Pastel renklere boyanmış, parka bakan büyük pencereli bol ışık alan odalar, duvarlarda manzara ile uyumlu resimler. Bu eve yaklaşık 50 hasta alınabiliyordu. Hastalar hem hekim, hem hemşire bakımı alacak, yanı sıra psikolojik ve spiritüel açılardan ele alınacaktı. Saunders, Hospice'i öncelikle öğrenme kurumu olarak gördü. Yardım etmek isteyenler, ölmekte olanlar ve yakınlarından öğrenmeliydiler.¹² Böylelikle Saunders, ölmekte olan hastalar için ağrı ile tedavinin ne kadar yetersiz olduğunu gördü ve bu konuda gelişme sağlanması gerektiğini öğrendi. Kurduğu bu eve, ağrı tedavisi konusunda başarılı uzmanlar çağırdı ve onları, ağrı tedavisini geliştirmeleri için teşvik etti. Bu, modern morfin tedavisinin başlangıcını oluşturdu. Saunders, ölmekte olan hastalardan önemli bir şey daha öğrendi. Onlar, Hospice'e alındıklarından memnundular, ama aslında en çok istedikleri, kendi dört duvarlarının arasında ölebilmektir.



Dr. Elisabeth Kübler Ross¹³
(1926-2004)



Dr. Cicely Saunders¹⁴
(1918-2005)

¹¹ <http://www.google.com.tr/imgres?imgurl=http://3.bp.blogspot.com>

¹² Student JC; NapiwotzkyA Palliative Care. Wahrnehmen-verstehen-schützen. Stuttgart, New York2007, S. 6.

¹³ Fotoğraf, Wikipedia'dan alınmıştır.

¹⁴ Fotoğraf, Wikipedia'dan alınmıştır.

Yaklaşık aynı zamanda Amerika Birleşik Devletlerinde o zamana dek adı duyulmamış, İsviçre’den göç etmiş bir Psikiyatr, Elisabeth Kübler Ross, 1969 yılında yayınlanan, kötü prognozlu bir hastalık sonucunda ölmekte olanlarla yaptığı çok sayıda görüşmenin ürünü ‘On Death and On Dying’ adlı kitabı ile, toplumun ilgisini üzerine çekmeyi başardı. Bu kitapta, yaşamdan ayrılmaktan duyulan korku ile insanın baş edebilme çabası içinde hangi evrelerden (İnkâr/Öfke/Pazarlık/Depresyon/Kabul – Denial/Anger/Bargaining/Depression/Acceptance) geçtiğini açıkladı.¹⁵ Artık, tabu olan Ölüm konusu ile doğru bir şekilde uğraşan güçlü bir ses vardı. Bu etki zemininde 1973 yılında New Haven/Connecticut’da ilk Kuzey Amerikan Hospice’i kapılarını açtı. Böylelikle iki ayrı kıtada, Amerika ve Avrupa’da iki kadın, Saunders ve Kübler Ross bu idealin öncüsü oldular. Hospice Hareketi, içerik olarak gerçekten yeni olanın tepeden inmediğinin, sorunun içinden doğduğunun güzel bir örneği oldu.

Almanya’da 1983 yılında Köln Üniversitesi’nde ilk Palyatif Ünite kuruldu. 1984’de Hannover’de Evangelist Yüksek Okul’da seyyar Hospice hizmeti uygulamaya kondu. 1986’da Aachen’da kendisine St. Christopher’s Hospice’i örnek alan ilk yataklı Hospice (50 yataklı) açıldı. Bir yıl sonra Recklinghausen’da 9 yataklı, ev havasını koruyan ve Almanya’da açılacak diğer Hospice’lere örnek olacak olan kurum oluşturulabildi. 1999 yılında, sigortaların hospice hizmetini finanse etmesini sağlayan bir yasal düzenleme gerçekleştirildi. Bu, yataklı Hospice kurumlarının artmasını sağlayıcı oldu.¹⁶ 1998’de Olpe Saarland’da ilk Çocuk Hospice’i (Haus Balthasar) açıldı. 2007 yılında Evde Bakım’ı mümkün kılan seyyar Hospice hizmetlerinin de sigortalar tarafından finanse edilmesi için yasal düzenleme yapıldı.

Hospice Düşüncesi’nin değiştirmek istedikleri ve ilkeleri

Hospice Düşüncesi, ölmekte olan insanlara yaklaşımda neleri değiştirmek istemişti? Başlıcaları, ölmekte olanın bir insan olarak ciddiye alınması ve ona insanca yaklaşılması, bu sayede ölmekte olanın kendisini bir kenara itilmiş hissetmemesi, bedensel ölümden önce sosyal ölümü yaşamaması, onun hakkında değil onunla konuşulmasıydı. Değişim gerçekleştiğinin en önemli göstergesi, ölmekte olanların arzularının keşfedilmesi idi. Görüldü ki, ölmekte olanların arzuları da, yaşamın tam ortasında duranların arzularının çeşitliliği kadar çeşitliydi. Ama ölme sürecinin kişiyi uğrattığı değişim ile ilişkiliydiler. Biz bu arzuları anlar, onları ciddiye alırsak, ölmekte olana karşı tavrımız da değişecekti. Onuruna gösterilen saygı, ölmekte olanı da değiştirecekti. Ölmekte olanların çoğu, hastalığa karşı uzun süre savaşmış ve artık bitkin duruma düşmüş kişilerdir. Bu hastalık sürecinde başkaları belirleyici olmuş, bedenlerine hükmetmiş, özgürlükleri kısıtlanmıştır. Bunlar genellikle hastanın iyileşme, ya da daha uzun süre hayatta kalabilme ümidiyle, rızası alınarak yapılmıştır. Ölme süreci başladığında, bu insana yeniden yeterliliğini hissettirerek yardım etmek zamanı gelmiştir. Ölmekte olanlara toplumda onurlarına yaraşır bir yer açmak istiyorsak, davranışlarımızı onların isteklerine göre yönlendirmeliyiz. Onların son zamanları, son günlerine ilişkin arzuları, bizim arzularımıza benzemediğinden, kendi arzularımızı ölçü almadan bu arzuları dinlemeye ve anlamaya açık olma yeteneğini kazanabilmeliyiz. Bu arzuların bazıları bellidir ve ölmekte olanlarda mutlaka karşımıza çıkar. İnsan yaşamının dört boyutuna ait oldukları görülür: 1) Sosyal, 2) Bedensel, 3) Psikolojik ve 4) Spiritüel (İnanışsal).

Bu gruplamayı açacak olursak, ölmekte olan öncelikle yalnız bırakılmamak ister. Güvenilir bulunduğu bir yerde, güvendiği insanlar arasında ölmek ister. Bunu, bedensel ızdırap çekmeden ölmek izler. Bedensel ızdırap, ölmeyi daha da güç hale getiren bir faktördür. Bir diğer arzu, son işlerini yoluna koyabilmektir. Son olarak, yaşamın ve ölümün anlamı, ölümden sonrası hakkında, korkuyor olsa da sorular sorabilme isteği gelir.

¹⁵ Kübler-Ross E Das Rad des Lebens. München 2000.

¹⁶ Hospiz- und Palliativführer 2003 / Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland, Neu-Isenburg, 2003.

Bu arzuların karşılanacağı en iyi yer, o insanın yaşamış olduğu yerdir, yani evidir. Londra’da açılan ilk Hospice, bu gerçeği kısa sürede fark etmiş ve ödev alanını genişleterek, ölmekte olanlara kendi dört duvarları arasında ölebilme olanağı tanımak üzere seyyar hizmet de vermeye başlamıştır. Ölmekte olan insana yönelik bu farklı yaklaşım, dünyada dinamik bir fikir olarak yankı buldu. Günümüzde ‘Bir Hospice nedir?’ diye sorulduğunda klasik bir yapılanmadan söz edilmez, çünkü verilen hizmetin spektrumu oldukça geniştir. Hospice’in karakteristiği dış değil iç koşullarıdır. Hospice’ler sağaltılamaz bir hastalığın son evresindeki insana, kalan yaşam süresini bilinci yerinde ve olabildiğince memnun yaşaması için destek olmayı ödev edinmişlerdir.

Hospice Hareketi, hizmet vereceği kesimin gereksinimlerine göre kendini yönlendiren, daima öğrenen bir harekettir. Günümüzde, Hospice kavramı ile sabit bir kurumu kastetmemekteyiz. Aksine Hospice sözcüğü, belirli bir yerde, belirli bir zamanda, orada bulunan insanların içinde bulunulan şartlara uyarlayacağı, şekillendireceği bir tutumu tanımlamaktadır. Hospice Düşüncesi, günümüz Batı kültürü ve onun tıbbi kurumlarında ölmekte olanların içler acısı durumlarına tepki olarak doğmuştur. Bu düşünce, yalnızca soğuk çehreli tıp kurumlarına bir alternatif olmayı amaçlamamış, dayanılmaz hastalık, sakatlık ya da ağır yaralılık hallerinde ölüme onay veren, hekimin ölmeye yardımına hak tanıyan anlayışın da karşısına dikilmiştir. Aktif Ötanazi’ye karşı çıkarak, yaşamın, doğal ölüme kadar insanca bakımı, refakati gerektiren bir değer olduğunu kabul eder.

Hospice, sınırlı zamanı kalmış, bedeni güçten-kuvvetten düşmüş, ölümün yaklaşmasıyla birey oluş duygusu zayıflamakta olan insanın, insan olmasından kaynaklanan gereksinimlerine karşılık vermeye çalışır. Baş amaç, belirli bir süre sonra ölmesi beklenen hastanın yaşamını kolaylaştırmak, onun yaşama vakur biçimde veda edebilmesini sağlamak, geride kalan yakınlarına yas süreci boyunca yoldaşlık etmektir. Terminal Dönem hastalarının bakımında modern tıbbın olanaklarından yararlanılır, ancak “Palyatif Bakım” ön plandadır. Bu nedenle bilimsel tıpla Hospice Düşüncesi arasında bir karşıtlıktan söz edilmemelidir. Ağrı tedavisi özel bir önem taşır, bu konuda olabildiğince başarı sağlanmaya çalışılır.

Hospice Düşüncesi’nin standart bir kurumlaşmayı hedeflememesi, ölmekte olan hastanın evde bakımının önemli olduğunu anlaması, Palyatif Bakım’ın (Palliative Care) üzerinde durulan bir kavram olmasını da teşvik etti. St. Christopher’s Hospice’i kuran Cicely Saunders “Terminal Care” kavramından söz etmişti. Daha sonra ölmekte olan hastaların ve yakınlarının Saunders’ın anlayışı ile bakımı “Hospice Care” olarak nitelendi. Daha sonra bu ad, insanı yaşamının son krizinde sevgiyle çevreleyerek özen göstermek anlamına gelen “Palliative Care” sözcüğü ile yer değiştirecekti.

Hospice Düşüncesi’nin ve Palyatif Bakım’ın temel ilkeleri:

1. Ölmekte olan insan ve yakınları, bu hizmetin merkezinde yer alır: Hasta yakını, kendisini hastaya yakın hissedenden herkesi kapsar. Durumu kontrol, bizzat yaşayana ait olmalıdır. Bu, sağlık kurumlarında bugüne kadar hâkim olan, davranışı tümüyle katı tedavi konseptlerine ve hastalığa odaklayan anlayışın tam tersi bir yaklaşımdır. Hasta yakınlarının, hasta kadar düşünülmesi, dikkate alınması da, sağlık kurumlarında söz konusu olmamış bir tutumdur. Oysa onlar da ölmekte olan kadar acı çekmektedir.
2. Hizmet, interdisipliner bir ekip tarafından verilir: Bu bakım, sadece hekim ve hemşire tarafından değil, çeşitli profesyonellerin hizmete katılımı ile verilir. Çünkü, ölmekte olanın gereksinimleri çeşitlidir. Özellikle Sosyal Hizmet Uzmanı ve Din Adamı’nın özel bir yeri vardır. Bu uzmanların ölmekte olan ve yakınları kadar, birbirlerine karşı da, birbirlerine destek olma, tükenmişlik (burnout) gelişmesini olabildiğince engelleme görevleri vardır.
3. Gönüllüler, hizmetin önemli bir unsurudur: Gönüllüler, bu hizmette dolgu maddesi olarak görülmezler. Onlar, gündelik yaşamda yapabildikleri ile hizmete katılırlar, yemek pişirmek, alışveriş yapmak, çocuklara bakmak, hastanın yanında oturmak gibi. Bütün bunları, ölümün beklenmekte olduğu bilinci içinde yaparlar. Varlıklarının amacı, ölme sürecine, gündelik yaşamın doğal

atmosferini yansıtmak, böylelikle ölmekte olanın ve onun yasını tutmaya başlamış olanların gündelik yaşama entegre olmasını sağlamaktır.

4. Semptom kontrolü konusunda son derece başarılı bir hizmet sunulur: Öncelikle başarılı bir ağrı tedavisi hedeflenir. Hospice yaklaşımı, ağrı tedavisinin geliştirilmesine önemli bir deneyim eklemiştir. Ağrı ile tedavide, sadece beden değil, insan varlığının diğer boyutlarındaki sıkıntıların ele alınması, başarı getirmektedir. St. Christopher's Hospice'i kuran Dr. Saunders bunu, "*It wasn't long before I realized that pain wasn't only physical, but it was psychological and spiritual*"¹⁷ sözleriyle ifade etmişti. Artık yaşamın kantitesi değil, kalitesi aranmaktadır. Tedavi değil, bakım ön plandadır: *Care not cure!*
5. Hizmet, 24 saat kesintisiz olarak sunulur: Bilinir ki bedensel ve ruhsal krizler, kendilerini iş saatlerine göre ayarlayamaz. Bu nedenle Hospice hizmetlerine gereksinilen her an ulaşılabilir. Bu sağlanamadığında, ölmekte olan, yine telaş içinde kendisine hiç uygun olmayan klinik ortamına taşınacaktır. Hospice Hizmeti, hastanın kaybı ile sona ermez. Bu süreçte hastaya en yakın olmuş Hospice ekibi üyesi, aile/hasta yakını ile ilgilenmeyi sürdürür.

Hospice, "ev" atmosferi sağlayabilmek üzere az sayıda yatağa sahip bir kurumdur. Buraya alınan hastaların, olabildiğince kendilerine özgü yaşayabilmelerine olanak sağlanmaya çalışılır. Oda, hasta tarafından dilediği gibi döşenir. Dışarıdaki yaşamla dilediği bağı kurabilmesine yardım edilir. Hastanenin rahatsız eden rutini burada en aza indirgenir, hasta yakını da hasta bakımında görev alabilir. Hospice hizmetinde, hasta ve hasta yakını ayrılmaz bir birim kabul edilir. Hastaya bakan kişi durumunda olan hasta yakınları, sevdikleri insana, en çok gereksinim duyduğu zamanda bakabilmiş olmanın tesellisini yaşarlar. Yaşamın son anlarında aile bireylerinin hazır bulunuşu, hastanın huzur içinde, sakin, değer verdiği insanlar arasında ölebilmesini mümkün kılar. Hospice Hizmeti verenler, hasta yakınına da en geniş desteği sunmaya çalışırlar.

Hospice'ler, evde bakım hizmetine ağırlık verirler. Evde bakım ekiplerinde Hekim, Hemşire, Sosyal Hizmet Uzmanı, Beslenme Uzmanı, Fizyoterapist, eğitim almış Gönüllüler ve Din Adamı yerarlır. Bu kişiler, hizmete doğrudan katılıp ölmekte olan kişiyi korur, destekler, yakınlarının yükünü hafifletir, kayıp ardından onlarla ihtiyaç duydukları sürece ilgilenmeyi sürdürürler. Hospice'ler ölüm klinikleri değildirler. Bu düşüncenin temelinde, insanların yaşamlarının son evresini onurlarını koruyacak şekilde düzenlemek, yakınlarıyla vedalaşmalarını sağlamak, geride kalanlara yas sürecinde destek olmak bulunur. Hospice Düşüncesi, kazandığı deneyiminden yeni sonuçlar çıkarmıştır. Öğretenler, ölmekte olan insanlardır. Çoğunun evlerinde ölmek istediği, onlardan öğrenilmiş ve bu amaca ulaşmak için yollar geliştirmek üzere uğraş verilmiştir. Başlangıçta Hospice, ölmekte olanlar için tasarlanmış bir evken, bugün birinci derecede böyle sabit bir kurumu değil, bir yaklaşımı tanımlamaktadır.

Hospice Düşüncesi, ölmekte olan insanın haklarının da tanımlanmasını sağlamıştır:

- Ölümüne kadar, yaşayan canlı bir varlık olarak muamele görmeye hakkım var.
- Hala ümit etmeye hakkım var, bu ümit neye yönelik olursa olsun.
- Umudumu kırmayan insanlar tarafından bakılmaya hakkım var.
- Ölümümün yaklaşması nedeniyle oluşan duygularımı, kendime özgü bir şekilde ifade etmeye hakkım var.
- Artık sağaltım yerine, sadece kendimi iyi hissetmeme yönelik olsa da, hekim ve hemşirelerden bakım almaya hakkım var.
- Yalnız başıma ölmeme hakkım var.

¹⁷ Saxon W Cicely Saunders Dies at 87; Reshaped End-of-Life Care. The New York Times , 4 August 2005.

- Ağrı çekmeme hakkım var.
- Sorularıma dürüst yanıtlar alma hakkım var.
- Kandırılmamaya hakkım var.
- Huzur içinde, onurlu bir şekilde ölmeye hakkım var.
- Ölümümü kabullenebilmem için, ailemden yardım almaya, ailemin yardım almasına hakkım var.
- Kişiliğimi koruyabilmeye, başkalarının görüşleri ile uyuşmuyor diye verdiğim kararlardan ötürü yargılanmamaya hakkım var.
- Dini düşüncelerim, ruhani deneyimlerim hakkında, bunlar başkaları için ne ifade ederse etsin, konuşmaya hakkım var.
- İnsan bedeninin dokunulmazlığının, ölümden sonra da saygı görmesine hakkım var.
- Gereksinimlerimi anlayacak, ölümüne tanık olmakla iç huzuruna kavuşacak, özen gösteren, duyarlı, akıllı insanlar tarafından bakılmaya hakkım var.¹⁸

Kimler Hospice bakımına alınır?

- 1) Kişi şu dört hastalık tablosundan birisini çekmekte olmalıdır:
 - a) Tedaviye karşın dizginlenemeyen metastatik kanser olguları,
 - b) AIDS tablosu,
 - c) Önü alınamayan felçlerle seyreden sinir sistemi kaynaklı hastalık tabloları,
 - d) Kronik böbrek, kalp, akciğer hastalıklarının son evreleri.
- 2) Ölümün tahmin edilebilir bir sürede (günler, haftalar ya da birkaç ay) gerçekleşeceği görülebilir durumda olmalıdır. Almanya’da hastaların kurum yapısındaki Hospice’lerde ortalama 15-25 gün kaldıkları saptanmıştır.¹⁹
- 3) Hastada ölüm nedeni görünür hale gelmiş olmalıdır. Böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, solunum yetmezliği gibi... Bulantı-kusma, solunum darlığı, ağrı, artık sürekli bakımı gerekli hale getirmiş olmalıdır.
- 4) Hasta, hastanın ailesi ve mümkünse kendisini son olarak tedavi etmiş olan hekim, Hospice’in palyatif bakımı esas alan hasta bakımı prensibini biliyor ve onaylıyor olmalıdırlar. Bu, artık hırpalayıcı tanı ve tedavi denemelerinin istenmeyip, tedavinin devamının yakınmaların giderilmesine yönlendirilmesini kabul etmek demektir.²⁰

Hospice Hizmetinin örgütleniş biçimleri

Hospice hizmetlerinin amacı, evde ölebilmeyi mümkün kılmak olduğundan, Hospice’in bir kurum olarak var edilmesi aslında çelişkidir. Bu nedenle daima seyyar hizmeti desteklemek için var olmalıdırlar. Bu nedenle daima seyyar hizmet güçlendirilmeli, kuruma ait yatak sayıları da sınırlı kalmalıdır. İngiltere’de her 1 milyon kişiye, seyyar bakım hizmeti devrede olduğunda 53 Hospice yatağının yeterli olabileceği görülmüştür. Bu sayı, ülkelere göre değişkenlik göstermektedir. Örneğin İtalya, 1 milyon kişiye 33 yatağı yeterli bulurken, Singapur 50 yatağın uygun olacağını hesaplamıştır.

¹⁸ Schütz J: Hilfst Du mir, wenn ich sterbe? Frankfurt a. Main 1995, S. 96-97.

¹⁹ Student JC; Napiwotzky A a.g.e.,. Stuttgart, New York 2007, S. 16.

²⁰ Student, JC Zu Hause sterben- Hilfen für betroffene und Angehörige. Arbeitsgruppe “Zu Hause sterben”. Hannover 1994.

Belçika ise 1 milyon kişiye 40 yatak ayrılmasını yasalaştırmıştır.²¹ Genel olarak 1 milyon nüfusa 25-50 Hospice yatağı hazır bulundurulmasının uygun olacağı kabul edilmektedir.²²

Her terminal dönem hastasının, Hospice'e alınması gerekmez. Hospice yataklarına yatırılacaklar, artık hastanelerde tedavi edilmesinin bir anlamı kalmamış, evde ya da bir bakımevinde uygun şekilde bakılamayacak hastalardır. Hospice'e yatırılacak her hastanın, başka türlü iyi koşullarda bakılamayacağı netleştirilmiş olmalıdır. Bu bağlamda, Hospice'e yatacak hastayı kabul etme konumunda olanların büyük bir sorumluluğu vardır. Hastanın tıbbi durumunu değerlendirebilme yanında, yasal sınırlar ve yükümlülüklerin bilgisi ile davranılmalıdır. Ayrıca hasta ve yakınlarının kişisel ve ailesel krizlerini uygun şekilde ele alabilmek gerekir. Hospice'in, başka seçenekler içinde sadece bir seçenek olduğu içinde davranılmalıdır. Hospice, bu durumdaki hastanın bakımını üstlenebilecek başka hizmet biçimleri ile de çok sıkı bir bağ içinde çalışmalıdır.

Kurum yapısındaki Hospice'i hastanelerden ayıran, organizasyonunun katı bir yapı ve işleyişi olmamasıdır. Kahvaltının verilmesi, vücut temizliğinin yapılması gibi gereksinimler, tümüyle ağır hasta insanın istediği düzene uyularak yapılır. Hasta yakınları, oradaki misafir odalarında konaklayabilirler ve oradaki yaşamın içine alınırlar. Hastaların tıbbi bakımı, palyatif tıp konusunda donanım kazanmış aile hekimlerine aittir. Hospice'deki hasta bakımı elemanlarının bu konudaki deneyimleri ve nitelikleri, hekimi destekler. Kurum şeklinde yapılmış Hospice, seyyar Hospice hizmetlerine destek olmayı esas sorumluluğu görür. Çünkü, seyyar hizmet ne kadar iyi işlerse, hastanın kuruma alınması zorunluluğu o ölçüde azalacaktır.

Palyatif Ünite'ler, Hastane içinde ya da Hastane'ye bağlı, fakat Hospice anlayışı ile çalışan bölümlerdir. Genellikle 8-12 yataklıdırlar ve huzurlu bir ev atmosferine sahiptirler. Zorlu semptomları olan hastalar için, daha iyi donanımda bir bakım imkânı vardır. Çünkü ünitelerde hekimler, daimi olarak görevdedir. Almanya'da bu ünitelerde hastaların ortalama kalış süresi 10-15 gündür.²³ Burada da multiprofesyonel bir ekip, yine gönüllülerle birlikte hizmet verir. Batı ülkelerinde sigortalar, Palyatif Ünitelerdeki bakımı tümüyle karşılama yaklaşımındadır.

Hasta nerede bulunuyorsa (Evinde/Yaşlılar Yurdu'nda ya da Hastane'de), hizmetin o yere götürülmesi, seyyar hizmettir. Hastalarına gündüz saatlerinde bakmakta zorlananlar için İngiltere'de çok sayıda bulunan Gündüz Hospice'i (Day Hospice) hizmeti de bir alternatif olmaktadır. Burada, hastalıklarının ağırlığının gündelik yaşam ve sosyal çevreden kopardığı insanlar, sosyalleşme, uzmana danışma ve profesyonel yardıma ulaşma olanağı bulurlar. Burada ağır hasta insan, bedensel ve ruhsal kapasitesinin mümkün kıldığı ölçüde aktive edilmeye çalışılır.²⁴ Yaşamın sonuna yaklaşmış insanlar, bu olanakla dış görünümüne hala önem vermenin mümkün olabildiğini, ruhlarından kâğıda bir şeyler çizerek yansıtabileceklerini görürler. Gündüz Hospice'leri, bu işlevleri ile, tuhaf bir söz olarak algılanacak olsa da rehabilite edicidirler.²⁵

Yaşlılar Yurdu ya da ülkemizdeki adıyla Huzurevleri'nde de Hospice yaklaşımı kısmen hayata geçirilebilir. Batı ülkelerinde bu kurumların bazılarında insanların yalnız ölmelerinin önüne geçebilmek için, ölüm döşeginde hastaya özenle bakmayı gönüllü görev edinmiş nöbet ekipleri oluşturulmuştur. Aynı bir makale konusu olabilecek denli önemli hizmetleri bulunan bir organizasyon biçimi de Çocuk Hospice leridir.²⁶

²¹ Frankel S Assessing the need for hospice beds. Health Trends 1990.

²² Sabatowski R, Radbruch L, et.al. Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. Der Schmerz 2001; (15) 5: 312-319.

²³ Student JC; Napiwotzky A a.g.e.,. Stuttgart, New York 2007, S. 18.

²⁴ Miyashita M, Misawa T, Abe M, Nakayama Y, Abe K, Kawa M Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling patients with advanced cancer and their caregivers in Japan. *J Palliat Med.* 2008 Nov;11(9):1203-7.

²⁵ Hockley J; Mowatt M Rehabilitation. In: Fischer RA, McDaid P, Arnold X (eds.): Palliativ day care. London 1996, S. 14-26.

²⁶ Bundesverband Kinderhospiz e. V. (Hrsg.): Grundsatzpapier Kinderhospizarbeit. Olpe 2005.

Hospice Etiği

Çağımızda gebelik, doğum gibi ölüm de manipüle edilebilmektedir. Bu da bilinçli ve sorumlu kararlar verebilmeyi gerektirmektedir. Hospice'lerle ilgili etik sorunlar hastanın özerkliği ve etik ikilemlerde değerlerin iyi tartışılması ile ilişkilidir. Hospice'ler yaşamı kasıtlı kısaltmaktan uzak durmak, bunun yerine ölmekte olan insanı sevgiyle çevrelemek ve doğal ölüm gerçekleşene kadar ölmekte olana refakat etmek durumundadırlar. Bu refakat, ölmekte olanın son ana dek onurunu duyumsayabilmesi, güvendiği insanlar arasında olabilmesi ve olabildiğince bedensel yakınmalar, ızdırap çekmemesi, ölebilmesi içindir. Bu bağlamda, birçok ülkede faaliyetlerini sürdüren Hospice Hareketi'ne ait bir etik, Hospice Etiği bulunduğu söylenebilir.²⁷ Ancak, tıpkı bir insan için “İyi yaşadı!” diyebilmek ne denli görece ise, “İyi ölebildi!” demek de o denli görece olacaktır. Bu nedenle, ölmekte olana yardımın şablonu ve ölçüleri, kişisel ve kültürel farklar dikkate alınarak ne denli bireyselleştirilseler de tam olarak belirlenemeyecektir. Bu konudaki çalışmalardan öğrenilebilir, ama öğrenilenlerden şablonlar oluşturulamaz. İnsanın ölümü, biyolojik komponenti ötesinde ruhsal, sosyal ve spiritüel komponentleri olan bir olaydır. Bu komponentlerin tümünü dikkate almak ve aralarında bir uyum sağlamak hedeflenmelidir. Yaşamın son evresinde güven, anlam, akıl ve özgürlük kavramları öne çıkacaktır. Hospice, güven krizi karşısına güvenle, korkunun karşısına umutla, anlam yitimi karşısına anlamlandırma ile, sorumluluk duymanın karşısına özgürlüğe davet ile çıkarak, yardım elini uzatacaktır.²⁸

Ölmekte olan insanın son ana dek onurunu koruyabildiğini hissetmesini isteyen Hospice Hizmeti, sıklıkla karar verme sıkıntısı içinde kalır. Çıkarların, bakış açılarının, değer yargılarının çatıştığı yerde tek ve herkesi tatmin eden çözümler oluşturmak sıklıkla mümkün olmaz. Ekonomik durumdan, ilişkilerdeki çatışmalara, gündelik sorunlardan tedavi ile ilişkili durumlara kadar birçok faktör, ikilemin güçlüğüne etki eder. Hospice Etiği'nde ölmekte olan ve onun verdiği kararlar birincil olduğu için, hastanın özerkliğini kullanabilecek kapasitede olduğunun sorgulanması gereken durumlarda çelişki keskinleşir.

Hospice Etiği, yaşamın bilinçle ve istekle kısaltılmasına kesin olarak karşı olduğu halde, kendi çatısı altında ya da hizmet biçimi içinde Ölmeye Yardım (Aktif Ötanazi) talebinin dile getirilmesi ile karşılaşılabilir. Hospice Etiği'nin bir diğer vazgeçilmez ilkesi, hastanın kararına ve arzusuna saygıdır. Bu nedenle, böyle bir durumda önemli bir çatışma doğabilir. Hospice yaklaşımı, dini açıdan yaşamın gerçek sahibinin sadece Tanrı olduğu inancıyla Aktif Ötanazi'ye karşıdır. Akılcılık boyutunda, ölme arzusunun vazgeçilebilir olduğunu, ama öldürmenin geri dönüşünün olmayacağını bilincindedir. Etik açıdan yaşamaya değer yaşam ve yaşamaya değmeyen yaşam ayrımı yapılamaz. Hospice düşüncesi, hastanın kendi hakkında karar verme hakkını çiğnemedi, “Beni Öldürün!” diyen hasta karşısında, onun tereddüt içinde olduğunu düşünerek, ona en yüksek dayanışma ve refakatle yaşamının son evresini insanca geçirebilmesi hedefinde çalışır. Loewy ve Springer-Loewy'nin ortak kitaplarında sık sık dedikleri gibi: “*The better our care of terminal patients, the less be the need for euthanasia.*”²⁹

²⁷ Everding G; Westrich A (Hrsg.) Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospizbewegung. München 2001.

²⁸ Student JC; Mühlum A, Student U Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München 2004, S. 123.

²⁹ Loewy E; Springer-Loewy R The ethics of terminal care. Orchestrating the end of life. New York 2000.

**Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle
Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar Toplantısı'ndan Fotoğraflar
(8 Mayıs 2013)**



Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Prof. Dr. Meral Özgüç



Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Dr. Aslıhan Akpınar





Prof. Dr. Meral Özgüç, Prof. Dr. Ergun Özsunay



Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Prof. Dr. N. Yasemin Yalın



Dr. Aslıhan Akpınar, Prof. Dr. Kaya Yorgancı



Dr. Müge Demir, Prof. Dr. Seda Banu Akıncı



Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Prof. Dr. Nahide Bozkurt



Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Prof. Dr. Arzu Topeli



Dr. Müge Demir, Prof. Dr. Arın Namal



Doç. Dr. Nalan Örnek Çelebi, Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı



Dr. Aslıhan Akpınar, Prof. Dr. Arzu Topeli, Prof Dr. Nüket Örnek Büken, Prof. Dr. Kaya Yorgancı, Prof. Dr. Seda Banu Akıncı, Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı, Prof. Dr. Ergun Özsunay



Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Doç. Dr. Murat Gültekin



Fotoğraflar ve sunumlara http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/arsiv/yasam_sonu.php adresinden ulaşılabilir.

