

TIBBİ VASIYET ÇALIŞTAY RAPORU

Editörler

Prof. Dr. Fehmi Akçiçek

Prof. Dr. Gökhan Akbulut

Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar

Doç.Dr. Sevnaz Şahin

Editör Yardımcıları

Doç.Dr. Nil Tekin

Uzm. Hemşire Gönül Düzgün

Uzm.Dr. Pınar Tosun Taşar

Uzm.Dr. Yasemin Kılıç Öztürk





İçerik & Kapak Tasarım
FikriFarika / Kerem Haşlamam
www.fikrifarika.com

ISBN 978-605-85416-5-8



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

Basım Yeri
Printer Ofset /Serkan Yolcu
865 Sk. No: 23 Konak / İzmir
T. 0.232. 425 06 36

Basım Tarihi 04.07.2017

Tıbbi Vasiyet Çalıştayı, Palyatif Bakım ve Destek Evi Çalıştaylarını takip etti. Her yıl, aynı ekip, aynı heyecanla, eksik gördüğümüz ve bilgilenmek istediğimiz alanlarda bir araya geldik, bilgi eksikliğimiz olan konuların uzmanlarını çağırdık, tarafları bir araya getirdik ve gün boyu tartıştık. Sonuçlarını da paylaştık. Gerçekleştirdiğimiz Tıbbi vasiyet çalıştayı, ülkemizde tıbbi, etik, hukuk ve dinsel boyutları ile konunun tartışıldığı ilk çalıştay olması özelliğini taşımaktadır.

Dünyada 1970’li yıllarda tartışılmaya başlanan ve uygar ülkelerde artık yasal ve uygulanmakta olan tıbbi vasiyet kişinin sağlıklı iken, yaşamının sonunda alacağı tedavileri planlamasını sağlamaktadır. Temel bir insan hakkıdır. Ülkemizin imzaladığı uluslararası sözleşmelerde bahis konusu edilmesine karşın, yasal açıdan uygulamada sorunlar mevcuttur. Dinsel bakış açısı da toplumun değer yargıları açısından önem arz etmektedir.

Gördük ki daha önümüzde çok yol var. Toplumun bu konuda geleneksel, sosyal ve psikolojik olarak hazırlanması için, faydasız tedavilerle acısı ve yaşam süresi gereksiz olarak uzatılan insanların ve ailelerin sayısının artması ile daha tartışılır bir hal alacak, muhakkak ihtiyaçlara yanıt verecek bir çözüm üretilecektir. Uygar ülkelerde bu süreç bu şekilde ilerlemiş toplumlar yasalarını bu şekilde hazırlamışlardır.

Ancak, gene de konunun çok boyutlu tartışılması gerekiyordu. Bize destek olan kıymetli akademisyenler, sağlık profesyonelleri, hukukçular ve din adamlarına saygı, sevgi ve şükranlarımızı sunarız. Umarız bu çalışma tarihe not düşmek yanında, toplumun ve tarafların bilinçlenmesi konusuna daha fazla hizmet eder.

Prof. Dr. Gökhan AKBULUT

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi
Yöneticisi / Başhekim

Tıbbi Vasiyet Çalıştay Raporu



Narlıdere Huzurevi Yaşlı
Bakım ve Rehabilitasyon
Merkezi/İzmir

28 Mayıs 2015

Onursal Başkanlar

Mustafa TOPRAK

İzmir Valisi

Mustafa DOĞRU

İzmir Cumhuriyet Başsavcısı

Dr. Ayhan İZZETTİNOĞLU

İzmir İl Sağlık Müdürü

Prof. Dr. Ramazan USLU

İzmir İl Müftüsü

Doç. Dr. Ahmet ERBAYCU

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Prof.Dr. Behzat ÖZKAN

İzmir Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Çalıştay Başkanları

Prof.Dr. Fehmi AKÇİÇEK

Prof.Dr. Gökhan AKBULUT

Nesim TANĞLAY

Genel Sekreterler

Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR

Doç. Dr. Nil TEKİN

Psk.Mevlüt ÜLGEN

Uzm.Dr. Sevnaz ŞAHİN

İletişim Mevlüt ÜLGEN mevlutulgen@gmail.com

09.00 - 09.30	Açılış Konuşmaları	
09.30 - 11.00	Panel (Tıbbi Vasiyete Çok Yönlü Bakış)	
Moderatör	Prof. Dr. Fehmi Akçiçek, Prof. Dr. Gökhan Akbulut	
Tıbbi Vasiyet ve Hukuk	Ömer Ömeroğlu (İzmir Başsavcı Vekili)	
Tıbbi Vasiyet ve Tıp	Prof. Dr. Pervin Bozkurt (T.E.A.H. Anestezi ve Reanimasyon Kliniği)	
Tıbbi Vasiyet ve Etik	Prof. Dr. İsmail Tufan (Akdeniz Üniversitesi, Gerontoloji Bölümü)	
Tıbbi Vasiyet ve Maneviyat	Yrd. Doç. Dr. Ahmet Ekşi (Kocaeli Üniversitesi, İlahiyat Fak.)	
11.00 - 11.15	Kahve Arası	
11.15 - 12.15	1. Oturum (İleri Direktifler, Özel Durumlar)	
Oturum Başkanları	Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar, Prof. Dr. Rüçhan Uslu	
Oturum Raportörü	Uzm. Hem. Gönül Düzgün	
11.15 - 11.30	Ağrı	Prof. Dr. Meltem Uyar
11.30 - 11.45	DNR	Yrd. Doç. Dr. Ahsen Kaya
11.45 - 12.15	Tartışma	
12.15 - 13.15	Öğle Yemeği	
13.15 - 14.15	2. Oturum (İleri Direktifler, Özel Durumlar)	
Oturum Başkanları	Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş, Prof. Dr. Ahmet Turan Işık	
Oturum Raportörü	Uzm. Dr. Pınar Tosun Taşar	
13.15 -13.30	Beslenme	Prof. Dr. Mehmet Uyar
13.30 -13.45	Solunum Yetmezliği	Doç. Dr. Şeyda Örs Kaya
13.45 -14.15	Tartışma	
14.15 - 14.30	Kahve Arası	
14.30 - 16.30	3. Oturum (İleri Direktifler, Özel Durumlar)	
Oturum Başkanları	Prof. Dr. Cüneyt Hoşçoşkun, Prof. Dr. Harun Akar	
Oturum Raportörü	Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk	
14.30 -14.45	Diyaliz	Prof. Dr. Fehmi Akçiçek
14.45 -15.00	Organ Nakli	Uzm. Dr. Taylan Özgür Sezer
15.15 -16.45	Tartışma	
16.45 - 17.00	Kahve arası	
17.00 - 18.00	Genel Değerlendirme ve Konsensüs Raporu	
Oturum Başkanları	Uzm. Dr. Sevnaz Şahin, Doç. Dr. Nil Tekin	
Oturum Raportörü	Psk. Mevlüt Ülgen, Uzm. Dr. Deniz Mut	

İÇİNDEKİLER

Panel	7
Tıbbi Vasiyet ve Tıp / Prof. Dr. Pervin Sutaş Bozkurt	8-24
Türkiye`de Tıbbi Vesayet, Tıbbın, Gerontolojinin ve Hukukun Ortak Konusu / Prof. Dr. İsmail Tufan	25-32
İslam Hukuku Bakımından Tıbbi Vasiyet (İleriye Yönelik Sağlık Talimatları) / Yard. Doç. Dr. Ahmet Ekşi	33-49
I. Oturum	50
Palyatif Bakım ve Ağrı Tedavisi (Tıbbi Vasiyet) Prof. Dr. Meltem Uyar	51-56
DNR / Doç. Dr. Ahsen Kaya	57-61
1. Oturum Katılımcı Katkı Raporu	62-63
II. Oturum	64
Beslenme Desteği ve Hidrasyon Açısından Yaşam Sonu Kararları / Prof. Dr. Mehmet Uyar	65-69
2. Oturum Katılımcı Katkı Raporu	70-71
III. Oturum	72
Diyaliz ve Tıbbi Vasiyet / Prof. Dr. Fehmi Akçiçek	73-77
Organ Nakli ve Tıbbi Vasiyet / Doç. Dr. Taylan Özgür Sezer	78-80
3. Oturum Katılımcı Katkı Raporu	81-88
Genel Değerlendirme ve Konsensus Raporu	89-94

PANEL

28 Mayıs 2015 / 09.30 - 11.00

KONUŞMA ÖZETLERİ

TIBBİ VASİYET VE TIP

Prof. Dr. Pervin SUTAŞ BOZKURT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon

TÜRKİYE`DE TIBBİ VESAYET TIBBIN, GERONTOLOJİNİN VE HUKUKUN ORTAK KONUSU

Prof. Dr. İsmail Tufan

Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü

İSLAM HUKUKU BAKIMINDAN TIBBİ VASİYET (İLERİYE YÖNELİK SAĞLIK TALİMATLARI)

Yard. Doç.Dr. Ahmet EKŞİ

Kocaeli Üniversitesi İlahiyat Fakültesi

TIBBİ VASIYET VE TIP

Prof. Dr. Pervin SUTAŞ BOZKURT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon

TARİHÇE

Tarihte ilk kez M.Ö. 4. yüzyılda Hipokrat Külliyyatında tıbbın ve tedavinin sınırlandırılmasından söz edilmiştir. Külliyyatta «Hastalıkları tarafından zaptedilmiş olanları, bu tür durumlarda tıbbın elinden bir şey gelmeyeceğinin farkında olarak, tedavi etmeyi reddedilmesi» ifadesi bulunmuştur.

Ötenazi

- İlk kez Francis Bacon (1561 - 1626) tarafından konuşulmuştur. «Hekimin görevinin, acısına son vererek hastayı tedavi edip iyileştirmekle sınırlı olmadığını, bunun başaramadığı durumlarda ona rahat ve kolay bir ölüm sağlamayı da içerdiğini savunmuştur»
- Anglo-Amerikan kültüründe 1976'de Karen Quinlan vakası ile 1983 Ekimde "President's Commission for Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research" 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 indirebilir..." ifadesi yer almıştır.
- Dünya Tıp Birliği'nin (DTB) 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.



Türkiyede ise Türk Ceza Kanunu Ötenazi konusunda sınırlamalar getirmiştir. (Tablo 1)

Tablo 1

* Türk Ceza Kanunu madde 84- (1) Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

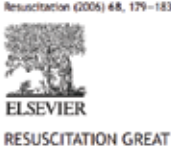
(2) İntiharın gerçekleşmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (...) (*)

(4) İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerle cebir veya tehdit kullanmak suretiyle kişileri intihara mecbur edenler, kasten öldürme suçundan sorumlu tutulurlar.

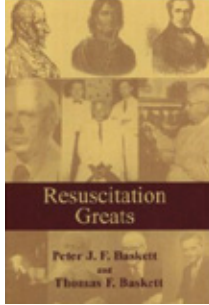
DNR (Canlandırma Uygulanmaz)

Osmanlı döneminden Cumhuriyet'in ilk 30 yılına kadar hizmet veren Genel Cerrah Cemil Topuzlu Paşa (1866-1958) 1903'de anılarını ve deneyimlerini yazdığı kitabında "Do Not Resuscitate" (DNR) yi ilk defa tanımlamıştır. (Resim 1)



Cemil Topuzlu Pasha: One of the forgotten pioneers in the history of open chest cardiac massage

Mustafa Karatepe^{a,*}, Erkan Tomatir^b, Pervin Bozkurt^c



Resim 1.

AYDINLATILMIŞ ONAM İle İlgili Mevzuat

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) 70. madde
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (1960) 14. madde
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun 1979
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1983
- Hasta Hakları Yönetmeliği 1998
- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 1998
- Hasta Hakları Yönetmeliği 2014 ile ele alınmıştır.

Hekimler ve sağlık çalışanları hastalarının sağlığına, kişiliğine, iç hukuk ve milletler arası hukuktan doğan haklarına saygı göstermekle yükümlüdür.

TIPTA UZMANLARDAN BEKLENENLER;

- Tıp mesleğinin gerektirdiği bilgi ve tecrübeye sahip olmaları, mesleklerini uygularken yeterli dikkat ve özeni göstermeleri,
- Hukuk ve etik kurallara uygun hareket etmeleridir.

Hasta Hakları Yönetmeliğine Göre:

HHY Madde 25-- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere, hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir.

Bu durumda, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine anlatılması ve bunu gösteren yazılı belgenin alınması gerekir.

08/05/2014 tarihli Resmi Gazete

08/05/2014 tarihli Resmi Gazete

HHY Madde 24- Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

- Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.



- Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterli olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

08/05/2014 tarihli Resmi Gazete

HHY Madde 24- Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir.

Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir.

08/05/2014 tarihli Resmi Gazete

HHY Madde 24-Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

- Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

Resim 2.



Tablo 2.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK BİLDİRGELERİ
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAŞAMIN SONUNA İLİŞKİN ETİK BİLDİRGE 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.

Hekim olarak tıbbi tedavi uygulamanın yanısıra hekimi psikolojik yorgunluk ve tükenmişliğe yönelten durumlar ve örnekler:

1. 3. basamak yoğun bakımda entübe ve tüm yaşam faaliyetleri desteklerle sürdürülen hastada tedavinin yetersiz olduğu durumda tedavinin kesilmesi (oksijen konsantrasyonunu oda havası düzeyine getirilmesi
2. Resusitasyon uygulamasına ne zaman sonlandırılması kararının yakın zamana kadar net olarak bilinmediğinden insiyatifin hekimde olması
3. Serviste arrest olan ileri yaş hastaya (80 üzeri hasta) aile tarafından ısrarla resusitasyon uygulanması sonrası post CPR hastanın yoğun bakım yatağı işgali sonucunda uzun süre yaşam şansı olan bebek ve çocuk ve genç erişkinlerin bu imkanı kaybetmiş olması

TIBBİ VASIYET

Tablo3

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK BİLDİRGELERİ

Tıbbi Vasiyet (karar verme yeterliğinin ortadan kalkacağı durumlar için önceden istek bildirme): Tıbbi vasiyet, hastanın kronik hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında, karar verme yeterliğini 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 canlandırma ya da yaşam destek tedavilerini, yapay beslenmeyi sürdürmeme ile ilgilidir.

1. Hastanın karar verme kapasitesi yerindeyken bildirdiği isteğine saygı gösterilmeli,
2. Reddedilen tedavinin hastaya getirebileceği tıbbi yarar göz önünde tutularak hastanın kararının yeterli aydınlatmaya dayanmasına özen gösterilmelidir.

ORGAN BAĞIŞI'nda bir tıbbi vasiyet örneğidir. Türkiye'de halen mevzuat Organ bağışı talebi olduğu halde donör yakınları bağışı kabul etmezler ise uygulanamaz. 1990 larda yaptığım bir çalışma sonucunu sunmak istiyorum YIL 2015 pPotansiyel donör adaylarının %25-30 undan organ alınıyor bu günlerde de değişiklik olduğunu sanmıyorum

- Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Haziran 1992- Eylül 1993
- Potansiyel donör adayları olarak değerlendirilen 50 hasta
- 4'ünden (% 8) organ alınabilmiş
- Organ alınamamasında birinci sırayı (%58) ailelerin organ bağışını kabul etmemeleri,
- Organ Bağış Kartı: vasiyet değeri taşır, ailelerin kararlarına yardımcı olur.
- Kişinin kartı olsa dahi aileden mutlaka yazılı onay alınıyor.

TEZAT BAĞIŞ KARTINA RAĞMEN AİLE ORGAN VERMİYOR

- Aydınlatılmış Onam aynı zamanda aydınlatılmış ret anlamını da taşır ve aydınlatılmış, karar verme hakkına sahip olan hastanın özgürce tedaviyi reddetmesi hakkı bulunmaktadır.

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.

Tedaviyi Reddetme Kararı

Kendi hakkında karar verme hakkına sahip olan hasta,

- * Kendi değer, inancı ve beklentilerine uygun şekilde yarar / yük olarak olan tedavilerin sınırlarını belirleme,
- * Katlanılabilir yaşam kalitesini belirleme hakkına sahiptir.



- Hasta ya da vekillerine olası tedavilerle sunulacak yarar, zarar ve sıkıntılar konusunda bilgilendirilip karar verebilmelerine olanak tanınmalıdır.

Örnek Olgu 1: 75 yaşında kadın hasta mesane kanseri ve dayanılmaz sol bacak ağrısı mevcut.- 40 yda üniversite mezunu kızı hastanın kemoterapi ve radyoterapi istemediğini ancak ağrı tedavisini kabul ettiğini belirtiyor.

TÜM AİLE HASTA KARARINA SAYGILI

Örnek Olgu 2: 72 yaşında multipl metastazlı kadın hasta primer meme kanseri (26 yıl) Solunum yetersizliği nedeniyle YB a alınıyor maske solunumu sırasında en sevdiği yemekleri talep ediyor sözlü vasiyeti çıkarsa tekrar YB tedavisini kabul etmeyeceği entübasyon iyileşme servis; 2 kızı odayı balo salonuna çeviriyor tekrar CO2 narkozu YB kızların tek talebi iyi olduğu anda eve götürmek ekstübasyon taburcu evde kendi yatağında 2. saatinde VEFAT

EVLATLAR ÇOK ÜZÜNTÜLÜ ANCAK ANNELERİNE VERDİKLERİ SÖZÜ TUTMALARI NEDENİYLE HUZURLU

Hasta açısından yaşamı destekleyen tedavi kararları

1-A) 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 katlanılabilir 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.

Ulusal Palyatif Bakım Programı

- Tedaviyi ret hakkı vurgulanmış,yaşamın son döneminde yapılacaklar için hastanın“canlandırılmama isteği” gibi haklarından haberdar edilmesi gereği bildirilmiştir.

Ülkemizde ise hastaların başlanmamış tedaviyi reddetme veya başlanmış tedaviyi sonlandırma hakları Hasta Hakları Yönetmeliği'nin (HHY) 25. maddesinde “...Hasta, kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir...” ifadesiyle vurgulanmıştır. Bunun yanında Türk Tabipleri Birliği'nin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge'sinde de bireyin yaşamı destekleyen tedavileri esirgeme ve sonlandırma hakkı özellikle vurgulanmıştır. 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.

DNR:

- Resüsitasyonun hastaya
 - fayda getirmeyeceği
 - kalitesiz, zorlanmış yaşam durumları TIBBI olarak belirli
- Son evre kanser hastaları
- Son evre AIDS hastaları
- İleri evre Alzheimer hastaları



Örnek Olgu 1:

- 88 y erkek hasta ileri evre Alzheimer evde bakım hastası
- Gıda aspirasyonu ve pnömoni
- Acil servise götürülüyor
- Solunum arresti, hekim olan yakını entübasyonu talep ediyor
(TÜM UYARILARA RAĞMEN)
- Entübe edilen hasta 8 ay YB da kaldıktan sonra Vefat ediyor.

HANGİ DURUM DAHA ÜZÜCÜ

- Rahmetlinin çektiği ızdırap mı?
- Yaşlı eşin harcadığı efor ve uzamış üzüntü mü?
- Kalabalık nüfusa yetmeyen kıymetli yoğun bakım yatağının çok uzun süre sağlıklı ve kaliteli yaşama olanağı sağlayacak genç hastaların yer yokluğundan kaybedilmesi mi?

Örnek Olgu 2:

- İleri yaşlı (92 yaş) hasta serviste yatarken akut kardiyak arrest geliyor. Mavi kodla YB uzmanı çağrılıyor. YB uzmanı DNR düşündüğünü belirtiyor. Ailenin ısrarı üzerine KPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) uygulanıyor ve hasta KPR a yanıt verdiğiinden entübe YB alınıyor destek devam ediyor.
- YB desteğinden fayda görülmediği 3. günden itibaren aynı aile fertleri hasta ne zaman vefat edecek, ızdırap çekiyor, fişini çekin şeklinde yorumlarla ısrarla Yoğun bakımı taciz ediyor.
- 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.

- Hasta Hakları Tartışmasında

Denge,

- hastanın bilgisine bile basvurmadan onun yararını gözetmek ve onun adına
 en doğru kararı vermek türü paternalist yaklaşımlar
- kişinin kendi yazgısını belirleme hakkı ve özerkliğine saygı ilkesi
 arasındadır.

HEKİMİN HASTA BİLGİLENDİRMESİ TEMEL FAKTÖR

Hasta, kendisiyle ilgili kararlara katılması, son kararı verebilmesi için ;

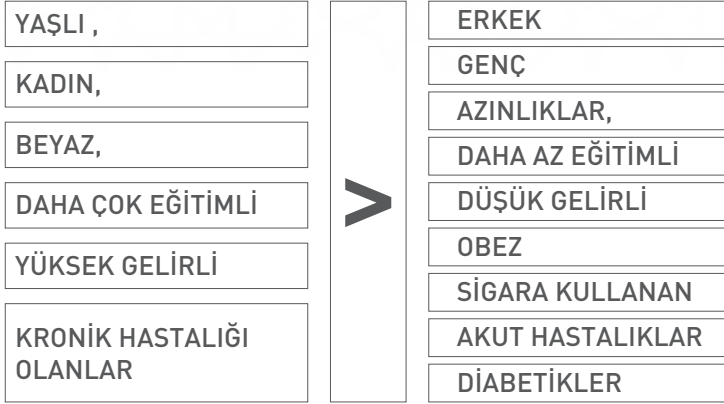
- hastalığı,
- önerilen tıbbi girişimin özellikleri,
- diğer seçenekler
- olası sonuçları konusunda aydınlatılmalıdır.

Hastanın karar verme yeterliliği olmalıdır (Psikiyatrik hastalar konu dışı)
Tıbbi Vasiyette Hekim Sorumluluğu

1. Hastanın hastalığı ve durumu ile ilgili bilgilendirme
2. Durumun ve tedavi yöntemlerinin açık ve net olarak anlatılması
3. Bilgilendirilmiş onam formlarının açık ve net ve okunabilir olmasının sağlanması
4. Tıbbi vasiyetin dokümente edilebilir hale getirilmesi
5. Tıbbi vasiyete uygun davranılmasının sağlanması
 - İntihara yardım gibi şahsi sorumluluklara girmemesi
6. Tıbbi vasiyet hazırlanması konusunda toplumun bilinçlendirilmesi

ABD 'de Tıbbi Vasiyet

Resim 3:



ABD'de tıbbi vasiyet hakkında farkındalık

- Aile içinde tartışmalar
- Finansal vasiyet konuşmalar
- Hekim tarafından eğitim %13,
- Erken ve doğru bilgilendirme önemli

YAŞAM KALİTESİ

- Yüksek kalite sağlanması
 - Daha az sayıda agresiv medikal girişim (ventilatör, beslenme tüpleri, KPR)
- Tıbbi vasiyet hazırlandığında: daha yüksek yaşam kalitesi algısı
- Ölüm kalitesi ile ilgili daha yüksek tatmin
- Aile üyelerinin kaybında daha az stres ve anksiyete düzeyi ve depresyon
- ABD kuzey doğu eyaletlerinde tedavi kaynakları daha iyi olduğu için güney ve orta batıya göre daha AZ tıbbi vasiyet hazırlanıyor
- Bizde de KARADENİZ insanı daha özel; başkasına muhtaç olmaktansa ölmeyi yeğler

Vasiyet Bırakma Şekli

- Yazılı vasiyet
- Vekil kişiye (hekim veya yakın)
- Her ikisi birlikte

(Örn. İsviçrede sadece vasiyeti bırakan kişi tarafından imzalı doküman varsa geçerli) Karar verme yetkisi sadece vekil kişide.

İsviçre’de hekimler Tıbbi vasiyete riayet etme koşulları:

- 1.Vasiyet klinik durumla ilgili ise
- 2.Tıbbi vasiyet/vekilin kişinin hastalıkla ilgili tercihlerini temsil edebileceğine güvenilir ise
- 3.Tıbbi vasiyet /vekil hastanın en iyi beklentileri ile tezat oluşturmuyorsa
TIBBİ Vasiyetin Hekime Kararlarına Etkisi

Hekimler:

- Yazılı vasiyete
- Vekil sağlık hizmeti veren ise vasiyete daha çok uymuş.
- Elle yazılmış veya daktilo edilmiş vasiyet aynı oranda uygulanmış
- Noterde veya kurumlarda bırakılan vasiyet farklı bulunmamış Escher et al. Original Article Impact of Advance Directives and a Health Care Proxy on Doctors’ Decisions: A randomized Trial Vol. 47 No. 1 January 2014 Journal of Pain and Symptom Management
- Genellikle aile üyeleri vekil tayin edilmiş.
- Stres altındaki akrabalar medikal durumu çok net algılayamamışlar ve vekillik görevinin bekledikleri görevden daha ağır olduğunu ve karar vermede çok ızdırap çektiklerini ifade etmişler.
- Aile üyesi olan vekiller kendi ihtiyaç veya inançlarına göre tercih yapabilirler.
- Amerika ve bazı AB ülkelerinde yasalar tedavi verenlerin vekil olmasına engel olmaktadır. İsviçre vekilleri sınırlamamaktadır. Güvenilen aile hekimini vekil seçmek bir seçenek olabilir.



- Masif strok (ağır inmesi) olan hastaya beslenme için gastrostomi açılması
- Ağır multipl myelomu olan hastanın pnömoni nedeniyle şuuru bulandığında hastaneye yatırılıp yatırılmaması
- KOAH hastasının solunum yetersizliği geliştiğinde yoğun bakıma alınıp alınmaması

Tartışmalı Konular

- Yemek ve sıvı alımından kesilmesi konusu: İleri yaştakilerin etrafındakileri yormamak amacıyla suicidal yaklaşımı sık görülür
- Farkında olmadan dehidratasyon ve elektrolit imbalansı
è şuur bulanıklığı è daha az beslenme ve sıvı alımı
- Tıpta branşlaşma ve geriatri tıbbının yeterince eğitiminin verilmemesi
è Tanının atlanmasına SIK
- Demans ta bu yaklaşım bilinçli mi bilinçsiz olarak mı ortaya çıkıyor?
Yine kısır döngü?
- Ağrının değerlendirilmesinde güçlükler

Tıbbi Vasiyete Hekimin Uymaması

- Nadir görülen bir durum.
- Hekim kendi etik ve dini inanışları ile vasiyete uymayabilir.
- Hekim kişiyi vasiyeti uygulayacak hekime gönderebilir.
- Sorun oluşmaması için vasiyeti bırakan kişinin bilinci açık ve karar yetisi yeterli iken yazılı vasiyet bırakması
- En sık sorunlar Jehova Şahitlerinin kan ve ürünlerini kabul etmemesinden kaynaklanan durumlar yaşanıyor.

Resim 4: Şahsi Tıbbi Vasiyet Örneğim:

25.5.2015

TIBBİ VASIYET

Ben Ayşe Pervin SUTAŞ BOZKURT akıl ve beden sağlığım yerinde ve aktif çalışırken TIBBİ VASIYETİMİ hiçbir etki altında kalmadan öncelikle oğlum B. OZAN BOZKURT, kardeşlerim Mehmet SUTAŞ ve Dr. Özlem ERDEM isteklerine uyulması için bırakıyorum.

Bilinç ve akıl durumumun yeterli olmadığı koşullarda vasilerim onlardır ve benim bu vasiyetle yönlendirdiğim doğrultuda karar vereceklerdir.

1. Kanser türleri ile ilgili olarak
 - a. tıbbın mevcut en iyi tedavilerine en fazla 2 kez denenmesini
 - b. tedavi için yurtdışı bir merkeze götürmemelerini
 - c. ağrı tedavisi için her türlü tedavi yönteminin denenmesini
 - d. beslenme için her türlü yöntemin uygulanmasını
 - e. KPR uygulanmamasını
2. Alzheimer durumunda
 - a. Yaşam süresini uzatacak herhangi bir girişim uygulanmamasını
 - b. KPR uygulanmamasını
3. Ağır trafik kazası, beyin kanaması gibi nedenlerle GKS 3'ün altında ise yoğun bakıma yatırılmamayı
4. uygun koşullarda beyin ölümü gerçekleştiyse tüm organlarımın bağışlanmasını

İSTİYORUM.



25.5.2015

KAYNAKLAR

- 1- Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? Türk Onkoloji Dergisi 2012;27 (1) 37-45
- 2- Karatepe M1, Tomatir E, Bozkurt P. The resuscitation greets. Cemil Topuzlu Pasha: one of the forgotten pioneers in the history of open chest cardiac massage. Resuscitation. 2006 Feb;68(2):179-83. Epub 2005 Dec 27.
- 3- P Bozkurt ve ark Organ transplantasyonunda problemler: Potansiyel organ donörlerinin değerlendirilmesi. Türk Anest ve Rean Cem Mecmuası 21(6) : 332-335,1993.
- 4- Musich S, Wang SS, HawkinsK, Yeh CS. Dispariteies among those with advance directives in a medicare supplement population. Am J Hospice Palliative Care 2015 1-8 DOI :10.1177/1049909115574837
- 5- Escher et al. Original Article Impact of Advance Directives and a Health Care Proxy on Doctors' Decisions: A Randomized Trial . Journal of Pain and Symptom Management 2014, Vol. 47 No. 1
- 6- Hartog CS et al. Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. J Crit Care. 2014 Feb;29(1):128-33. doi: 10.1016/j.jcrc.2013.08.024.
- 7- Alzheimer's/Dementia and Neuromuscular Disorders Acceptability of an Advance Directive That Limits Food and Liquids in Advanced Dementia. Volicer L et al , American Journal of Hospice & Palliative Medicine) 2014 DOI: 10.1177/104990

TÜRKİYE`DE TIBBİ VESAYET TIBBIN, GERONTOLOJİNİN VE HUKUKUN ORTAK KONUSU

Prof. Dr. İsmail Tufan

Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü

GİRİŞ

İnsanın başına her an gelebilecek beklenmedik, istenmeyen durumlara karşı önceden tedbir alınması akla ne kadar uygunsa, o kadar az insan, bu tedbirleri almaktadır. Özellikle beklenmedik olayın ardından birey kendi işleri, sağlığı ve hayatıyla ilgili kararları alamayacak duruma gelirse, onun adına başkaları karar vermek zorunda kalabilirler.

Başkası adına alınması zorunlu olan kararların hukuksak ve vicdani yönleri, bu kararları almak durumunda olanlarda zorluk ve sıkıntıya yol açarken, diğer taraftan alınan kararın, hastanın istek ve beklentilerine uygun olup olmadığı bilinmemiyor.

Kamuoyunda ve uzmanlar arasında tartışılması gereken tabbi vesayet, bu sorunlara iyi bir çözüm teşkil ediyor. Aşağıda Almanya örneğinden hareket ederek tıbbi vesayet kavramından bugün nelerin anlaşıldığını ve kendi görüşlerimi de ekleyerek açıklayacak ve tartışacağım.

Hukuksal Durum

Bireyin kısmen veya tamamen özel ve iş meseleleriyle ilgili kararları kendisi alamayacak duruma gelirse, örneğin bir kazanın ardından, onun özel ve işleriyle ilgili kararların bir başkası tarafından alınması ve halledilmeleri gerekli olabilir. “İş göremezlik” veya “yetersizlik” halinde, Vasilik Mahkemesi (Alm. Vormundschaftsgericht, Alman Medeni Kanunu, Madde 1901, Fıkra 2), hastanın özel ve iş meselelerinin devamını sağlamak amacıyla bir “vasi” atar (BGB, §1901, Abs.2).



Alman Medeni Kanunuda, Vasilik Mahkemesi tarafından atanan bu kişiye alında “vasi” denilmez. Sadece “ilgilenen” veya “yöneten” veya “halleden” veya “ilgili” anlamına gelen “Betreuer” adı verilir.

Vasilik Mahkemesi, hastanın işleriyle ilgilenecek ve bunları halledecek, onun adına karar alma yetkisiyle donatılan kişinin, hastanın hangi işleriyle ilgileneceğine de karar verir. Yani görevinin içeriğini belirler. Örneğin hastanın malı ve mülkü, sağlığı, tıbbi tedaviler, bakımevi ile anlaşmada imza yetkisi, resmi kurumlarda temsil yetkisi gibi konularda yetki verir. Ben bunlara da “yetki listesi” diyeceğim. Bunların dışında “ilgilenen” kişinin karar yetkisi yoktur.

Hastanın işleriyle mahkeme tarafından ilgilenmesi için atanan şahıs, kendisine mahkemece öngörülen sınırlar içerisinde tanımlanmış olan ödevleri yerine getirmekle mükelleftir. Görevlerini gereğince yerine getirip getirmediği, Vasili Mahkemesi tarafından denetlenir. Hastanın beklenti ve isteklerine aykırı kararların alınmamasına dikkate eder (Gerken & Zippel, 2008: 481-491).

Ön Tedbir Modeli

Tıbbi vesayet, ön tedbir modelinin parçasıdır. Bunun içinde yukarıda belirtilen “ilgili” şahıs ve “tedbir vekaleti” de yer almaktadır. Dolayısıyla ön tedbir modelinde üç vesayet türü söz konusudur.

Almanya’da eskiden bunlarla ilgili kararlar Vasilik Mahkemesi tarafından alınmaktaydı. 1992 yılından bu yana birey, olası bir durumda gerekli olabilecek vasilerini kendii seçebiliyor. Ancak bunu “sağlıklı günlerinde” yapmai mümkündür. Eğer tıbbi açıdan tek başına karar veremeyecek bir durum ortaya çıkacak olursa, bu şansını kaybetmiş oluyor. Örneğin demans hastalarında bu sık olarak karşılaşılan bir durumdur. Hastalığın tıbbi teşhisi

konulduktan sonra artık birey kendi kararlarını kendii alamayacak duruma gelmiştir. Türkiye bugün tahminen 800.000 demans hastası yaşıyor. Bunların yarısını Alzheimer hastası yaşlılar meydana getiriyor (Tufan, 2006, 2007, 2015). Bu açıdan bakıldığında tıbbi veysayet, gerontoloji açısından önemli konulardan biridir.

Tıbbi veayeti, burada “ilgilenme vesayeti” olarak tanımlayacağım vesayetten ayrı olmakla birlikte, tamamen birbirinden kopuk da değillerdir. Çünkü ikisi de ön tedbir modelinin birer parçasını teşkil ediyor. Ancak ilgilenme vesayeti , tıbbi ve tedbir vekaleti, ayrı ayrı kişilere verilebilir. Bu kararı sağlıklıyken kişinin kendisi verebilme hakkına sahiptir.

Almanya’nın bazı eyaletlerinde “ilgilenme vesayeti” ve “tedbir vekaleti” kombine edilerek aynı kişiye bunlarla ilgili yetkiler verilebilir.



Tedbir Vekaleti

Tedbir vekaleti ile birey, güvendiği bir kimseye, olası bir yetersizlik halinde, önceden birey tarafından belirlenen sınırlar çerçevesinde işlerini yürütme ve rıza yetkisi vermektedir. Örneğin sağlık meselelerinde ve mesleki konularda. Bu yüzden bu yetkilerin, bireyin çok güvendiği birine vermesi gerekmektedir. Gerektiğinde bu şahısla irtibat kurmak ve görüşmek, görüşmeyi talep edenlere hiçbir şekilde zorluk yaratmamalıdır (Gerken & Zippel, 2008: 483). Dolayısıyla tedbir vekaleti ile donanmış şahsın kişiliği, zamanı, tutumları üst düzeyde önemlidir. Sürekli vakit yetersizliğiyle randevuları erteleyen, telefonlara çıkmayan veya arandığını bildiği halde arayana geri dönmeyen birşahıs, şüphesiz tedbir vekaleti için uygun değildir.

Aile fertleri, otomatikman yetersizlik halindeki şahsın yasal vekili olmadıkları için bir vekaletname şarttır. Ancak vatandaşların çoğu, vekaletname olmadan da aile fertlerinin kendisi adına girişim yapabileceğine ve kararlar alabileceğine inanmaktadır. Bu ise uygulamada pek çok sorunların başlangıcını teşkil etmektedir.

Bazen bireyin çeşitli sebeplerden ötürü aile fertlerini vekil tayin etmesi mümkün olmayabilir. Örneğin çocuksuz bir yaşlı dul kadın, eğer yakın akrabalarıyla da ilişkisi kalmamışsa, böyle bir durum ortaya çıkabilir. Bu yüzden yasa koyucusu, vekaletnamenin mutlaka aile ferdine verilmesi şartını koymamaktadır. Önemli olan bireyin güvendiği birinin mevcut olmasıdır. Bu şahıs bir komşusu veya bir arkadaşı da olabilir. Eğer vekaletname verilecek şahsı kendisi tayin etmezse, o zaman Vasilik Mahkemesi, bu iş için birini atamak zorunda kalacaktır. Diğer taraftan vekaletin sadece bir tek şahsa verilmesi zorunluluğu yoktur. Vekaletnameyi bir veya birçok kişiye verebilir (Gerken & Zippel, 2008: 483).

Birden fazla kişiye vekalet yetkisi verilmesi halinde, bu kişilerden hangisinin kararının en geçerli karar olduğu sorusu ortaya çıkmaktadır. Çünkü belli bir

karar alınması durumunda, bu kişiler farklı görüşlere sahip olabilirler. Bu yüzden birden fazla vekil seçildiği durumlarda, bunların bir kararda yetki önceliği sırasına dizilmeleri gerekmektedir. Bu sıralama yine vekalet veren birey tarafından belirlenmektedir (Gerken & Zippel, 2008: 483).

Tedbir vekaletnamesi herhangi bir koşula bağlı olmamalıdır. Ancak vekaletnamelerin geçerli sayılabilmesi için yazılı olarak verilmiş olması gerekir. Almanya’da bu vekaletnamenin kaleme alınmasında Vasilik Mahkemesinin devreye sokulması zorunluluğu yoktur ve vekaletnamenin mahkemeye verilmesi ve orada aklanması da söz konusu değildir. Buna karşın ücret karşılığında Federal Noter Odası Tedbir Kaydı Arşivi, vekaletnameyi koruma altına almaktadır. (Gerken & Zippel, 2008: 484). Günümüzde bu kayıt internet üzerinden gerçekleştirilmektedir. Matbu vekaletnameler, Federal Noter Odası’nın internet sitesinden tedarik edilebilmektedir.

Tedbir vekaletnamesinin yazılı olarak verilmesi koşulu olmamakla birlikte, özellikle tıbbi konularla ilgili kararlarda yazılı vekaletname koşulu aranmaktadır (Alman Medeni Kanunu, Madde 1901, Fıkra 2; Madde 1906, Fıkra 5). Buna karşın vekaletnamenin noter tasdikli olması şartı getirilmemiştir. Bu sadece tapu işleri ve mal-mülk yönetimi konularıyla ilgili kararlarda aranan bir koşuldur. Özellikle banka işlerinde, noter tasdikli vekaletname şartı aranmaktadır.

İlgili Vesayeti

Yukarıda “ilgili” kavramından ne anlaşılması gerektiği belirtilmiştir. İlgili Vesayeti için tedbir vekaletnamesinin mevcut olması gerekmemektedir. İlgili Vesayeti, bir şahıs tarafından bireyin yasalar karşısında temsil edilmesi gerekmektedir. Sadece bu şahın kim olacağına değil, aynı zamanda kesinlikle kimin olmayacağına da bireyin kendisi karar verebiliyor. Yani güvenmediği birinin kendisini resmi kurumlarda temsil etmemesini hiö istemiyorsa, bu şahsın kimliğini de belirtebilir. Böylece kendisini güvence altına alması için başka bir fırsat daha sunulmaktadır.



İlgili Vesayeti dokümanının her an erişilebilir bir yerde bulunması çok önemlidir. Öte yandan bu dokümanın yazılı olması gerekiyor (mesela fotoğraf olmaz), ama muhakkak el yazısı şartı aranmıyor. Önemli olan metnin kaleme alındığında bireyin akli yeteneklerinin kusursuz şekilde işliyor olması gerekiyor. Bunu kanıtlamak için, vasiinin yanı sıra, başka bir şahıs da imzasıyla bunu tasdik etmelidir. Buna karşın ilgili vesayetini üstlenen şahıs ile vesayetin doğruluğunu imzasıyla tasdikleyen üçüncü şahsın aynı kişiler olmasına mğsaade yoktur; yani kendi kendisini tasdikleyemez. Eksiksiz bir ilgili vesayeti, üç imza içermelidir: Vesayeti veren şahsın, vesayeti üstlenen şahsın ve vesayetin imzalandığı sırada vesayeti verenin akli dengesinin yerinde olduğunu tasdik eden şahsın imzaları, bu belde yer almalıdır (Gerken & Zippel, 2008: 483).

Tıbbi Vesayet

Tıbbi vesayet konusuna gelmeden önce tedbir vekaletnamesi ve ilgili vasiyeti üzerine bilgi aktarılmasının zorunluluğu şurdan doğmaktadır. Örneğin ilgili vesayeti kapsamında, hekimleri ve tedavilerden yer alan diğer şahısları ilgilendiren maddeler yer almaktadır. Örneğin ölüm sürecinde veya ağır bir kazanın ardından veya kalıcı bir sakatlık söz konusu olduğunda, hekimlerin iletişim kuracağı kişiler, hasta tarafından ön tedbir olarak vekil ve vai seçilmiş kişiler olacaktır. Dolayısıyla tıbbi vesayetin mevcudiyeti, hasta tarafından atanmış olan vekilin ve vasiinin mevcudiyetine doğrudan bağlıdır. Ancak o zaman bu “ön tedbir modeli” bir anlam ifade etmektedir.

Alman yasalarında tıbbi vesayet yazılı ve sözlü olarak verilmiş olabilir. Yazılı vesayette herhangi bir “şekli” kural aranmamaktadır. Ancak yazılı olmasında her halükarda büyük fayda vardır. Tıbbi vesayette, örneğin şu kararlar, vesayet sahibi tarafından verilebilir: Ağır solunum rahatsızlığı çeken hastalara tıbbi müdahale gerektiğinde, diyaliz hastalarında, organ naklinde, suni beslenme konusunda, psikofarmaka verilmesinde, ölüm

sürecine giren hastalarda ağrı dindirici ve diğer problemleri hafifletici tedavi yöntemleriyle ilgili kararlarda, tıbbi vesayet sahibi şahıs devreye girmektedir (Gerken & Zippel, 2008: 487). Bu örnekten de anlaşıldığı gibi tedbir vekaleti olan şahıs, örneğin sadece hastanın finansal işleri, malı ve mülkğ le ilgilenirken, tıbbi vesayet sadece bu vesayetin sahibine verilmiş bir yetkidir. Yani hastanın parasını idare etme yetkisi, onun hayatına hükmete yetkisini vermiyor. Bu açıdan bakıldığında, tıbbi vesayet, üst düzeyde önemli ve hastanın çok büyük güven duyduğu bir şahıs olması gerekiyor. Hasta, henüz hastalanmadan önce bu şahsın kimliğini tayin etmelidir ve en iyisi, bunu yazılı olarak da belirtmelidir.

Öneri ve Sonuç

Türkiye’de tıbbi vesayet, muhtemelen uzmanlar, özellikle hekim ve avukatlar arasında görece uzun süredir düşünülen bir konudur. Ancak sade vatandaş henüz bu konunun önemini kavramış değildir. Bu bağlamda kamuoyunun bilgilendirilmesi gerekmektedir (Witterstätter, 2008:101 ve devamı).

Tıbbi vesayetin karmaşık bir bürokrasi ile bağlantılı olmaması da çok önemlidir. Çünkü bürokratik işlemlerin ülkemizde ne denli meşakkatli ve sabır gerektirdiği herkesin malumudur. Diğer taraftan özellikle yaşlılar arasında eğitim düzeyi düşüktür. Birçoğu okuma yazma bilmemektedir. Dolayısıyla yazılı vesayet (hangi türü olursa olsun), bu kişiler tarafından verilemez.

Fakat sadece yaşlılar değil, 18 yaşını doldurmuş ve dolayısıyla yasalar karşısında yetişkin kabul edilen gençler de beklenmedik anda, tıbbi vesayete ihtiyaç duyabileceği bir durumla karşı karşıya kalabilir. Bu yüzden sadece yaşlıların değil, gençlerin de bu tür evrak niteliği taşıyan metinleri kaleme alma konusunda, her şeyi bildikleri kabul edilmemelidir. Bu sebeplerden dolayı vekalet ve vesayet konularında vatandaşa danışmanlık bürolarının kurulması faydalı olacaktır (Hukuki meseleler için örneğin bkz. Klie, 2006).



Son olarak şunun da belirtilmesi yerinde olacaktır: Gerekli yazılı ve yasal geçerliliği olan vekalet ve vesayet mevcut olsa da, bunlar, hasta ilke ilgili karar vermek zorunda olan şahısların her türlü sorusunu cevabı olamaz. Öyle durumlar hasıl olabilir ki, hastanın bu durumda nasıl bir kararı tercih edebileceğini tahmin etmek çok zor olabilir. Bu da karar verici şahıslarda vicdani rahatsızlık ve sıkıntıya yol açabilir. Bu yüzden tıbbi vesayete ek olarak veya onun içerisinde, hastanın henüz hastalanmadan önce, örneğin kendisi hakkında bazı bilgiler vermesi de fayda sağlar. Örneğin tutumları, dünya görüşü, dini inançları, hayat ve ölüm hakkındaki düşünceleri ve diğer konular hakkında vereceği bilgiler, gerekli hallerde kendisiyle ilgili kararların alınmasına büyük katkı sağlar.

Kaynakça

- Gerken, A., & Zippel, C.** (2009). Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung-die Willensbekundungen. In C. Zippel, & S. Kraus, Soziale Arbeit für alte Menschen: Ein handbuch für die berufliche Praxis (S. 481-491). Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Jasper, B. M.** (2002). Gerontologie - Lehrbuch Altenpflege. Hannover: Vincentz Verlag.
- Klie, T.** (2006). Rechtskunde-Das Recht der Pflege alter Menschen. 8.Aufl. Hannover: Vincentz Newtwork.
- Tufan, İ.** (2006). Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Yeni Bir Bakım Kültürü: Sosyal Bakım Sigortası - Demografik Değişimlerin Yaratdığı Bir Sorun ve Tartışmaya Açık Bir Konsept. Antalya: GeroYay.
- Tufan, İ.** (2007). Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu . Antalya: GeroYay.
- Tufan, İ.** (2015). Türkiye'de Yaşlılığın Yapısal Değişimi. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Witterstätter, K.** (2008). Soziale Hilfen im Alter - Eine Sozialgerontologie für die Pflegearbeit. 14.Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

İSLAM HUKUKU BAKIMINDAN TIBBİ VASİYET (İLERİYE YÖNELİK SAĞLIK TALİMATLARI)

Yard. Doç. Dr. Ahmet EKŞİ

Kocaeli Üniversitesi İlahiyat Fakültesi

GİRİŞ

İslam'da insan hayatına büyük önem verilmiş, insanın yaşaması ve yaşatılması temel gayelerden biri olarak benimsenmiştir. Bu nedenle insan hayatının korunması ve kollanması için maddi ve manevi bütün tedbirler alınmıştır. Nasların belirttiği durumlar haricinde insan hayatına son veren bütün müdahaleler yasaklanmıştır. Peygamberimiz (s.a.v.) Veda Haccı'nda Mina'da irad ettiği hutbesinde hayatın dokunulmazlığını şu sözleriyle ifade etmiştir: "Ey insanlar! Bugünleriniz nasıl mukaddes bir gün, bu aylarınız nasıl mukaddes bir ay, bu şehriniz (Mekke) nasıl mübarek bir şehir ise canlarınız, mallarınız ve namuslarınız da öyle mukaddestir. Her türlü tecavüzden korunmuştur."

İnsan hayatı sadece dışarıdan gelecek tehlikelere karşı değil, "...Kendinizi öldürmeyin..." ve "...Ellerinizi kendinizi tehlikeye atmayın..." gibi emirlerle hak sahibi tarafından gelecek zararlara karşı da koruma altına alınmıştır. Buna "kişiliğin, kişinin kendisine karşı korunması" denir. Ötanazinin , ölüme rızanın, intiharın , düellonun ve vücut organlarına yönelik müessir fiillerin yasaklanması bu ilkeye dayanır. Diğer taraftan, bırakın kendi ölümüne bizzat sebebiyet vermesi, insanın ölümü arzu etmesi veya ölüm için dua etmesi bile men edilmiştir.

Haksız yere hayatı sonlandırmaya yönelik girişimler yasaklanmış ve bu yasağı çiğneyenler, "Büyük günah işlemiş olmak", "...Ebedi olarak cehennemde kalmak..." gibi uhrevi; "kıyas" , "diyet, keffaret" , "ta'zir" ve "mirastan mahrumiyet" gibi dünyevi müeyyideler ile cezalandırılmışlardır.



İslam hukukunun korumayı gaye edindiği maslahatlardan biri olan “canın korunması” prensibi, beden bütünlüğünü de kapsamaktadır. Bu nedenle kişinin rızası olmadığı takdirde bedene yönelik fiiller, ister önemli nitelikte olsun ister olmasın, kişilik hakkına saldırı niteliğindedir. Ancak kişinin bedeni üzerindeki girişimlere rızası “üstün amaç” ilkesi bağlamında hukuka uygun kabul edilmiştir. Buradaki üstün amaçtan kasıt, kişinin yaşamını ve sağlığını kurtarma olabileceği gibi başka kişilerin hayat ve sağlığının kurtarılması da olabilir. Üstün amaç kapsamına kan ve organ nakli girebildiği gibi kangren olan organın kesilmesi, sağlık kazandırıcı ya da hastalık veya sakatlığı giderici tıbbi müdahaleler de girmektedir.

Görüldüğü gibi İslam’da insan hayatının korunması ve kollanması için maddi ve manevi bütün tedbirler alınmıştır. Diğer taraftan İslam hukuku, şahsı, kendini korumak ve hayatını idame ettirmekle sorumlu tutmuştur. Bu nedenle kişinin hayatını idame ettirebilmesi için gerekirse şer’an yasak olan şeyleri yapması mübâh, hatta bazen de vacip kılınmıştır.



Genelde bütün dinlerin özelde İslam dininin “yaşamın kutsallığı”na dair bu düşüncesi 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren yerini “yaşamın niteliği” düşüncesine bırakmıştır. Pasif ötanazi tartışmaları ve seküler dünya görüşü bu kırılmanın en önemli sebepleri arasında gösterilmektedir. Benzer şekilde bugün, “yaşama”nın değil “yaşam”ın değerli olduğu öne sürülmekte ve kalitesiz bir yaşamın yaşanmaya değer olmadığı hususu gündeme getirilmektedir.

Öte yandan “özerklik” ilkesinden hareketle alınacak tıbbi kararlarda hekim merkezli yaklaşım terk edilerek son söz hasta kişinin bizzat kendisine bırakılmıştır. Böylece kişi beden ve sağlığına yönelik müdahalelere karar verme hakkını sahip olmaktadır. Ancak bazı durumlarda kişi kendi isteklerini ifade edememektedir. Böylesi durumlar göz önünde bulundurularak kişinin kararını önceden yazılı olarak ifade etmesini sağlayan bir yöntem geliştirilmiştir. Özellikle özerklik algısının bir sonucu olarak görülebilecek bu yöntem; “tıbbi vasiyet”, “ileri tedavi planlaması”, “ileriye yönelik sağlık talimatları”, önceden hazırlanmış hasta direktifleri” veya “ hastanın kendi geleceğini belirleme” gibi isimlerle literatürde yerini almıştır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Tıbbi vasiyet veya ileri tedavi planlaması, hastanın kronik hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında, karar verme yeterliğini kaybettikten sonra kendisine nelerin yapılmasını istediği ya da istemediği ile ilgili sözlü, yazılı, hatta bazen şahitler huzurunda talebini 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. Türkçe’ye daha çok “İleriye Yönelik Sağlık Talimatları” olarak da çevrilen bu kavram ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkmış ve 1990 yılında kabul edilen Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Kanunu’nda



yer almıştır. Bu Kanun'a göre; tüm sağlık kurumları ve mensuplarına, hastaların kararlara katılması, tedaviyi ret ve kabul etmesi ve önceden direktif hazırlama hakları konusunda yazılı bilgilendirmede bulunma yükümlülüğü getirilmiştir. Kanun ayrıca hastalara önceden hazırlanmış direktifleri olup olmadığının sorulmasını ve hazırlamamış olanlar aleyhine ayrımcılık yapılmaması gerektiğini de hükme bağlamıştır.

Diğer yandan Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. maddesi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu isteklerin göz önüne alınacağı hükmü yer almaktadır. Amsterdam Bildirgesi'nde de hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak girişim yapılabilirliği öngörülmüştür (m. 3. 4). Bütün bunlar hastanın önceden açıkladığı isteklerinin geçerli olacağı şeklinde yorumlamak mümkündür.

Tıbbi vasiyet, prensip olarak hastaya, kendisine yapılacak tıbbi müdahalelerde, söz sahibi olma hakkı vermesi bakımından faydalı görünmekle birlikte hem hukuki hem de kapsam itibarıyla bazı problemleri de beraberinde getirmektedir.

I. HUKUKİ NİTELİĞİ

Ölüm öncesine dair talimatların, "vasiyet" kavramıyla ifade ediliyor olması daha baştan itibaren yapılan işlemin meşruiyetini tartışılır hale getirmektedir. Zira "Bir şahsın malının bir kısmını veya bir menfaati kendisinin ölümünden itibaren geçerli olmak üzere başkasına temlik etmesidir." şeklinde tanımlanan vasiyet, ölüm sonrasına izafe edilen bir akittir. Dolayısıyla hayattayken geçerliliği yoktur. Ayrıca vasiyet akdinin konusunun "mal veya menfaat" olması da ileriye yönelik sağlık talimatlarının bu kavramla ifade edilmesi İslam hukuku bakımından isabetli görünmemektedir.

Bir kimsenin defnedileceği yerin ve namazını kıldırarak kişinin tayini gibi hususlarda vasiyetinin kabul edilmesi, vasiyetin mal ve menfaatle sınırlı olmadığını akla getirmektedir. Bu düşünceden hareketle bazı âlimler vasiyeti “ölümden sonra-sında tasarruf etme emri” şeklinde tanımlamışlardır. Ancak böyle bir vasiyetin geçerliliğini, dinin temel ilkelerine aykırı olmama şartına bağlamışlardır. Mesela kişinin ölümünden sonra bedeninin yakılmasını, organlarının satılmasını istemesi gibi caiz görülmeyen tasarruflar hakkındaki vasiyeti caiz olmayacaktır. Zira İslam hukuku, mal üzerindeki tasarruflara bazı sınırlamalar getirdiği gibi insan bedeni üzerindeki tasarrufları da “zarar vermeme, yarar sağlama” gibi ilkelerle sınırlandırmıştır.

Hukukî vasfı bakımından vasiyet, vasiyet eden açısından bağlayıcı nitelikte taşımayan (gayri lâzım) bir tasarruf olduğundan mûsî (vasiyet eden) hayatta iken dilerse vasiyetini değiştirebilir veya vazgeçebilir. Mûsînin ölümünden sonra vasiyet bağlayıcı (lâzım) hale gelir ve tayin edilmişse vasiye, edilmemişse geride kalan akrabalara vasiyetin gereğini yerine getirmek vacip olur. Tıbbi vasiyette de hasta talebini tek taraflı olarak bildir-mekte, devlet ise hastane personeli veya hekimden talepleri yerine getirmesini istemektedir. Hekim için bu durumun bağlayıcı olması (özellikle de açıkça ölümle sonuçlanacak bir talep içer-mesi halinde) temel amacı hayat kurtarmak ve şifaya vesile olmak olan hekimin mesleki sorumluluğunu zedeleyeceği gibi aynı zamanda ölüm talebini içermesi bakımından sorunlu ve hatta ölümle sonuçlanacağı açık ise İslam hukuku açısından geçersiz bir talep olacaktır. Zira kişinin hayat hakkından vaz-geçtiği veya ölüm talebinin yer aldığı bir belgeye imza atması halinde böyle bir belge geçersiz olacaktır. Nitekim Ebu Hanîfe'ye, halk ile halife arasında, halkın halifece suç sayılabilecek bir fiili işlemleri halinde kılıçtan geçirilmeleri şartını taşıyan bir sözleşme yapıldığı haber verildiğinde, “Kişilerin kendi hayat-ları üzerinde tasarruf hakkı bulunmadığı” gerekçesiyle şekil olarak sorun olmasa da içeriği sebebiyle bu sözleşmenin batıl olduğu-nu belirtmiştir. Öyleyse doktor ile hasta arasında akdedilen bu tür bir tedavi anlaşmasının veya hayat hakkından feragati içe-ren herhangi bir belgeye imza atılmasının batıl olacağını söyle-mek yanlış olmayacaktır.

Diğer taraftan ölüm öncesi tasarruflara dair talepler ile klasik vasiyetin mantığının benzediği gerçeği de gözden kaçırılmamalıdır. Klasik vasiyette kişi vefat ettikten sonra isteklerini ifade edemeyeceği için başkalarından bunu isterken, bu uygu-lamada da kişi -mesela resüsitasyonu (canlandırmayı) istemediğini- o anda ifade edemeyeceği için bu talebini önceden yazılı olarak belirtmekte-dir. Ancak fıkıhçıların vasiyeti ölüm sonrası ile sınırlandırma konusundaki kararlı duruşları nedeniyle yine de bu belgenin klasik vasiyet kapsamına konulması mümkün görünmemekte-dir.

Birçok hukuk sistemimde olduğu gibi İslam hukuku da kişiye, kendisi için hukuki bir temsilci (vekil) tayin edip isteklerini bu yol-la gerçekleştirebilmesine imkân vermektedir. Ancak “kendi ehliyetine dayanarak ta-sarruf yetkisine sahip olan kişinin, temsili kabil bir işi, hâli hayatında yapması için karşılıklı rıza ile başkasını kendi yerine ikame etmesi” şeklinde tarif edilen vekâlet sözleşmesi, şartları itibarıyla tıbbi vasiyete uygunluğu bakımından sorunlu görünmektedir. Zira vekâlet verecek kişinin başkasına devrettiği işi kendisinin de yapabilme ehliyetine sahip olması, vekâlet konusunun kendi tasarrufunda bulunması gerekir. Söz konusu uygulamada hayatını tehdit eden veya ölümünü hızlandıran kararlar almayı da içeren temsil, kişinin kendisinin de böyle bir hakka sahip olmaması nedeniyle geçersiz olmalıdır.

Öte yandan vekâlet akdinde vekil, müvekkile karşı bir iş görme borcu altına girer. Bu nedenle “bir işi yapmama” vekâlet konusu olamaz. Ayrıca vekâlet akdinin vekil veya müvekkilin tasarruf ehliyetini kaybetmesiyle son bulması da ileriye yönelik talimatlarda vekil tayin etmeye engeldir. Çünkü söz konusu talimatların uygulama aşamasında kişi tasarruf etme ehliyetini kaybettiği için vekâlet sözleşmesi de kendiliğinden son bulmuş olacaktır.

İleriye yönelik talimatlar, kişi-nin bilincini kaybettiği, karar verme ya da kendini ifade etme yetisine sahip olmadığı bir durumda kendi adına karar vermesi için velisine söz sahibi olma hakkı da tanınmaktadır. Dolayısıyla kişi hastalığı sebebiyle kendini ifade edemeyecek durumda iken velisi onun adına şahsî veya malî haklarını icra edebilir. Ancak burada temel şart velinin tüm tasarruflarının, velâyeti altındaki kişinin menfaatine olma-sıdır. Velâyet altındaki kişinin aleyhine olan veya ona zarar verecek her türlü tasarrufu geçersizdir. Bu anlamda kişinin hayat hakkından vazgeçmesini içeren her türlü veli tasarru-fu geçersiz sayılmalıdır. Eğer bu işlem vekâlet, velayet değil de vesâyet işlemi olarak görülecek olsa dahi yine de hukuka uygunluktan söz edilemeyecektir. Çünkü vasî eksik ehliyetlilerin işlerini gör-mesi için veli tarafından tayin edilmekte veya mahkeme tarafından atanmaktadır. Tıbbi talimatlarda ise böyle bir uygulama söz konusu değildir.

Neticede vasiyetin ölüme bağlı bir tasarruf olması, vekâlet ve vesayetinin şekil şartları ve velayetin kişinin lehine olabilecek tasarrufları içermesi gibi özellikler ileriye dönük tıbbi talimatların hukuken bu işlemlere müsait olmadığını göstermektedir. Bütün bu işlemlerdeki hukuka aykırılığa sebebiyet veren özellik ise aslında İslam hukukunun kişiye canı üzerinde tasarrufta bulunma hakkı vermemesidir. Hal böyle olunca İslam hukuku kişinin isteği ile dahi olsa onun adına onu ölüme götürecek bir karar almasına da izin vermemektedir.

II. ÖZERKLİK İLKESİ BAKIMINDAN TIBBİ VASİYET

İnsanın, fiil ve sözlerini iradesi doğrultusunda kullanıp kullanmaması dinî ve hukuki açıdan önemli sonuçlar doğurur. Çünkü insanın dinî ve hukuki sorumluluğu iradesine dayanmaktadır. İrade, ihtiyar ve rızadan oluşan iki unsurdan meydana gelir. İhtiyar bir şeyi yapıp yapmama hususunda tercihte bulunmak, rıza ise bir şeyi arzu etmek, gönül hoş-nutluğu ve memnuniyetle yapmak demektir. Kişinin kendi rızası ve terci-hiyle yaptığı fiillerden ve söylediği sözlerden sorumlu olması tabiidir. Çünkü bunlar kendi hür iradesinin sonucudur.



Bireyin iradesine ve beden üzerindeki kısmi haklarına saygıdan dolayı İslam hukukuna göre tedavi hususunda hastanın izninin alınması esastır. Ancak tıbbi girişimler söz konusu olduğunda İslam hukuku, bireyin bedeni ve canı üzerindeki tasarruflarına sınırlamalar getirmiştir. Buna göre her ne kadar beden ve can insana bahşedilmiş ise de insan canı ve bedeni üzerinde ancak zararına sonuç doğurmayacak şekilde ve yaratıcının amacı doğrultusunda tasarrufta bulunulabilir. Çünkü can ve beden insana verilen birer emanettir ve emanetler üzerindeki tasarruflar ise ancak sahibinin izniyle hukuka uygun olur.

Tıbbi girişimlerin meşruiyeti için hastanın rızası şart koşulmuş olsa da bu konuda insanın kararlarında tam olarak özerk olduğunu söylemek kolay görünmemekte-dir. Çünkü tıbbi müdahalenin konusunu oluşturan insanın bedeni üzerinde hem Allah'ın hem de o bedenin sahibinin hakkı bulunmaktadır. Ayrıca kişinin kendisine, ailesine, diğer insanlara, devlete ve Yaratıcısına karşı birtakım sorumlulukları da onu zorunlu olarak sınırlandırmaktadır.

Diğer taraftan ötanazi ve ölme hakkı şeklinde tezahür eden tartışmaların da esas nedeni olarak özerklik ön plana çıkarılmaktadır. Kişiler kendileri ile ilgili her konuda olduğu gibi ölümü üzerinde de tek söz sahibi olmak istemektedir. Bu çerçevede özerklik hakkının kişinin sahip olduğu en önemli değer olduğu ifade edilmekte ve en önemli hak olarak görülen yaşama hakkının yerine özerklik ilkesi getirilmektedir. Bu temel üzerine, her türlü tedaviyi reddetme veya açıkça ölme talebi, hastanın özerkliğine saygının ve onuru ile ölmenin bir gereği olarak inşa edilmektedir. İslam hukuku bakımından insanın yaşama devam etmek veya son vermek konusunda bir tercihte bulunma hakkı yoktur. İnsan, kendisi böyle bir hakka sahip olmadığı gibi hayat hakkının kullanımını, kanuni temsilcisi de ol-şa başkalarına devretme hakkına da sahip değildir. Çünkü bu, kişinin sahip olmadığı bir hakkın başkasına devredilmesi anlamına gelir. Bu nedenle bir kimsenin, kanuni temsilcisi de olsa başkasının hayatı hakkında tasarrufta bulunması kesin olarak geçersizdir.

Hastanın ret veya kabul ettiği tedavilerin içeriğini bilmemesi, gelecekte tıbbi açıdan ne durumda olacağını kestirememesi gibi nedenler, hastanın tam özerkliğinden söz etmemize engel teşkil etmektedir. Ayrıca henüz ciddi bir hastalık veya durum ortada yokken ihtimaller üzerinden sağlıklı bireylerin peşinen, ileride şartların ne göstereceğini bilmeden ve belki de daha önce hiç tecrübe etmedikleri bir durum hakkında söz söylemesinin sağlıklı olmayacağı da söylenebilir. Çünkü peşin kararı alan şahıs ile hastalık anındaki şahıs -zaman farkı ve şartların aynı olmaması sebebiyle- adeta aynı kişi olmamaktadır. Bu gibi sebepler bizi, özellikle de hastanın yaşamı hususunu kapsayan kararlarda, işin ehli olan hekimin müdahaleye ihtiyaç olduğu anda etkin olması gerektiği düşüncesine sevk etmektedir.

III. TEDAVİYİ RET BAĞLAMINDA TIBBİ VASİYET

İnsan, ruh ve bedenden oluşan bir varlıktır. Onun sağlığı da bu her iki yönün sıhhat ve afiyet üzere olmasına bağlıdır. Ancak hayatın belirli dönemlerinde, şu veya bu sebepten dolayı, gerek beden sağlığında ve gerekse ruh sağlığında hastalık denilen bozulmalar ortaya çıkabilir. Hastalığı iyileştirmek, bu mümkün değilse acıları dindirerek sıkıntıları hafifletmek amacıyla doktor tarafından girilen her tıbbi girişim, tedavi olarak isimlendirilir.

Peygamberimiz (s.a.v.) “Ey Allah’ın kulları! Tedavi olunuz. Çünkü Allah, çare ve dermanını vermediği hiçbir hastalık yaratmamıştır.” buyurarak her hastalığın bir çaresi olduğunu belirtmiş ve tedavi yollarına başvurmayı teşvik etmiştir. Kendisi de hastalandığında tedavi olmuş, yakın çevresine ve ashabına da alanında uzman olan Taifli Haris b. el-Keled’e giderek tedavi olmalarını tavsiye etmiştir.

Tedavinin amacı, öncelikle hastayı iyileştirmek, bu mümkün değilse acılarını dindirmek ve yeniden aynı hastalığa düşmesini önlemektir. Dolayısıyla bu esasları gerçekleştirmeye yönelik yapılanların dışındakiler tedavi sayılmaz.



Nitekim İbn Kayyim El-Cevziyye (ö. 751/1350) de doktorun tedavisini ve tedbirini şu beş esasa göre yapması gerektiğini belirtmiştir:

1. Mevcut sağlığı korumak
2. Kaybolan sağlığı imkânlar ölçüsünde geri getirmek
3. Hastalığı tamamen gidermek veya azaltmak
4. Daha büyük rahatsızlığı gidermek için daha hafif olanına tahammül etmeyi sağlamak
5. İki menfaatten daha büyük olanı elde etmeye çalışmak.

Fıkıh âlimleri, tedavinin hükmü konusunda ihtilaf etmişlerdir. Genellikle Hanefi , Maliki ve Hanbeliler tedavinin mubah olduğunu söylerken Şafiîler ise müstehab olduğu kanaatindedirler. Ancak Şafiilerden bazıları ise mümkün olduğu müddetçe tedavinin farz olduğu kanaatindedirler. Bu görüşler incelendiğinde mezheplerin tehlike arz etmeyen hastalıklardan hareketle böyle bir neticeye vardıkları görülmektedir. Ancak ölüme, bir organın telef olmasına veya atıl duruma gelmesine sebep olan ya da bulaşıcı nitelikteki hastalıklar söz konusu olduğunda tedavinin farz olduğunda şüphe yoktur. Nitekim el-Fetava'l-Hindiyye'de ve Fıkıh Akademisi Konseyinin 1992 tarihinde Cidde'de yaptığı 7. dönem toplantısında alınan kararlarda bunu görmek mümkündür.

Diğer taraftan bir kimsenin gücü yettiği halde yemeyip içmeyip bundan dolayı ölmesi halinde "...Kim, gönülden günaha yönelmiş olmamak üzere açlık halinde dara düşerse (haram etlerden yiyebilir)..." ayetine muhalefetten dolayı günahkâr olacağı belirtilmiştir. İbn Teymiyye (ö. 728/1328) bu duruma kıyasla ilaç almayı reddederek ölümüne sebep olan kimsenin de günahkâr olacağını ifade etmiştir.

Bu görüşlerden anladığımız kadarıyla fıkıh âlimleri, terkinin kişiyi ölüme götürmesi durumunda tedavi olmamanın haram olduğunu, bunun haricindeki durumlarda tedavinin mendup, müstehap ya da mübah olduğunu söylemektedirler. Diğer taraftan yine bu farklı görüşler bize tedavi tercihi konusunda kişiye özerklik tanındığını; ancak bu özerkliğin canın tehlikeye düşmesi durumunda sınırlandırıldığını göstermektedir.

Sonuç vereceği zannî olduğu zaman tedavinin uygulanmaması mubah kabul edilmektedir. İbn Kayyım el- Cevziyye (ö. 751/1350), hekimin hastalığın tedavi edilemeyeceğini ya da sonuç vermeyeceğini düşünmesi durumunda müdahalede bulunmaktan kaçınmasının gerekliliğini ifade etmiştir. Buna göre, böyle bir durumda hekimin hırsa kapılmayıp yararsız tedaviye başlamaması gerekir. Ancak tıbbi yararsızlığın sınırlarının doğru tespit edilmesi uzmanlık isteyen bir husus olduğundan, bu konuda karar verici merci hastadan çok uzman hekimler olmalıdır. Hekim karar verirken tıbbın amaçları kabul edilen “yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet” ilkelerini göz önünde bulundurmalıdır.

Tedavi tercihlerinin daha ileri bir aşaması olarak tıbbi vasiyetin her türlü tedaviyi reddetmeyi mümkün kılması, pasif ötanaziye açık bir şekilde yer verildiği anlamına gelmektedir. Pasif ötanazi genellikle “hastanın yaşamının devamı için zorunlu olan tıbbi tedavinin durdurulması, geri çekilmesi” veya hayatını uzatan müdahalelerin yapılmaması sonucu hastanın tabii ölüme terk edilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Tıbbi vasiyet dikkate alındığında pasif ötanaziden daha farklı ve genellikle, tedaviye hiç başlanmamakta ve buna, tedavinin yararlılığı veya boşunılığı dikkate alınmaksızın tamamen hasta karar vermektedir. Muhtemel ki başlanmış tedaviyi sonlandırmak duygusal anlamda daha zor olacağından, ilgili uygulama tedaviye hiç başlanmamakla bu zorluğu ortadan kaldırmaktadır.

Terki ölüme veya organların telefine sebep olacak tedavi ile olumlu sonuç alınacağı zanni galibe dayanan tedaviler hariç genel anlamda tedavi mubah görülmektedir. Dolayısıyla mubah alana dâhil olan tedavilerde hastaya tedaviyi reddetme hakkı tanınabilir. Buna göre başlanacak/başlanmış tedavinin hastaya tedavisi imkansız yeni acılar vermesi halinde palyatif bakım adı verilen, ciddi tedavilerin terk edilip yalnızca hastanın acılarının dindirildiği tedavi türüne geçilmesi ile yaşamı destekleyen tedavilere başlanmaması veya bunların çekilmesi gündeme gelebilecektir. Fakat burada da hastanın isteğinden ziyade, hekimin tedavinin yararsız olduğuna dair analizi esas alınacaktır. Tedavinin yararsız olup olmadığı hastalığın seyrine bağlı olacağından, ileriye yönelik sağlık talimatları uygulamasında olduğu gibi hastanın tedaviyi peşinen reddetmesi doğru olmayacaktır.

IV. HEKİMİN MESLEKİ SORUMLULUĞU BAKIMINDAN TIBBİ VASİYET

Hekim ile hastası arasında rızaya dayanan bir ilişki olduğunda sorumluluğun sözleşmeye dayandırılması kesin olarak kabul edilmiş olmaktadır. Akdin ihlalden söz edebilmek için hekimin tedavi sözleşmesinden doğan borçlarından birini veya tamamını yerine getirmemiş veya gereği gibi yerine getirmemiş olması gerekir. Hekimin tedavi sözleşmesinden kaynaklanan borçları, “hastalığın teşhis ve tedavisi”, “hastayı aydınlatma”, “özen gösterme”, “sadakat ve sır saklama” başlıkları altında ele alınabilir.

Hekimin hasta hakkında doğru teşhis koyması, koyduğu teşhise uygun tedavi metodunu seçmesi onun mesleki sorumluluklarının başında gelir. Bunun için hekim teşhisi koyduktan sonra hastanın özelliklerini de göz önünde bulundurarak en uygun tedaviyi tercih etmelidir. Özellikle hastanın iyileşme şansını artıran, denenmiş, yeni bir tedavi metodu varsa onu uygulaması da hekim için bir sorumluluk sebebidir. Buna karşılık yeteri derecede denenmemiş; ancak hastanın iyileşme şansını artıran metotların uygulanması için hastanın ayrıntılı bir şekilde aydınlatılması ve bu konuda rızasının alınması gereklidir.

Diğer taraftan hekim “İki kötü durum söz konusu olduğunda hafif olanı tercih edilerek büyük olanın giderilmesine bakılır.”, “Zararın giderilmesi, yararın elde edilmesinden önceliklidir.” kaideleri gereğince hastaya en az zarar verecek ve aynı başarıyı vadeden tedavi metotları arasından da daha az tehlikeli olanı tercih etmelidir.

Bu konuda İbn Kayyim el-Cevziyye’nin uzman bir doktorun, tedavisinde dikkat edeceği hususlar olarak verdiği bilgiler oldukça dikkat çekicidir. Günümüz tıbbi müdahaleleri için de hâlâ geçerliliğini koruduğuna inandığım bu bilgileri sunmanın konunun daha iyi anlaşılmasına önemli katkı sağlayacağını umuyorum.

İbn Kayyim’e göre hekim;

- * Hastalığın türüne bakıp hangi sınıfa girdiğini inceler.
- * Hastalığın sebebine bakıp neden ortaya çıktığını belirlemeye çalışır.
- * Hastanın, hastalığa dirençli olup olmadığını belirler. Şayet dirençli ve hastalığı yenebilecek durumda ise ilaca başvurmaz.
- * Vücudun tabii ve tabii olmayan mizacını anlamaya çalışır.
- * Hastanın yaşını, memleketini, yaşadığı ortamın şartlarını ve alışkanlıklarını tespit eder.
- * Hastalık sırasında havanın durumunu, mevsimin şu andaki durumunu tespit eder ve uyulması gerekli kuralları belirler.
- * Hastalığın tedavisinin mümkün olup olmadığına bakar. Şayet tedavisi mümkün değilse sanatını ve saygınlığını korur, tamahkârlığı onu hiçbir faydası olmayan ilaçla tedaviye itmez. Şayet tedavisi mümkünse giderilip giderilemeyeceğine bakar. Giderilmesi mümkün değilse hafifletilmesi ve azaltılmasının mümkün olup olmadığına bakar. Azaltılması mümkün değilse ve en iyi imkânı durdurulması ve ilerleyişini engellemesi olarak görürse tedavide bunu hedef alır. Hastanın kuvvetlenmesine yardım eder, hastalığın zayıflatılmasına çalışır.
- * Söz konusu hastalığı tedavi edecek ilacı ve ilacın dozajını belirler.



- * Hastalığa uygun tedaviyi devam ettirir. Ancak doktor, mevcut hastalığı gidermenin yanı sıra tedavisinin başka hastalıklara yol açmamasına dikkat eder. Eğer uygulayacağı tedavi daha zorlu başka bir hastalığa sebep olarsa tedaviyi durdurur ve hastalığı olduğu gibi bırakır.
- * Hastalığın tedavisinde en kolay yolu tercih etmelidir. Örneğin beslenme yoluyla tedaviden ilaç yoluyla tedaviye ancak imkânsızlık durumunda geçebilir. Karmaşık ilacı ancak basit ilacın yetersizliğinden sonra kullanabilir. İlaç yerine beslenme, karmaşık ilaçlar yerine sade ilaçlar yoluyla tedavi etmek doktorun ehliyetindendir.
- * Hastaya, çocuğa davranır gibi iyilikle ve yumuşaklıkla davranmalıdır.
- * Hasta verdiği ilaçların yanı sıra hastasına moral vererek onu manevi yönden güçlü olmasına katkı sağlamalıdır. Çünkü morali yüksek olan bir hastanın tedavisi daha hızlı gerçekleşir.
- * Tedavi ve tedbirini şu beş esası gözeterek yürütmelidir. Bunlar;
 - Mevcut sağlığı korumak,
 - İmkânlar ölçüsünde kaybedilen sağlığı geri getirmek,
 - İmkânlar ölçüsünde hastalığı gidermek veya azaltmak,
 - Daha büyüklerini gidermek için iki kötülükten daha az zararlısına katlanmak,
 - Daha büyüklerini sağlamak için iki yarardan daha küçüğünü göz ardı etmektir.

Bu bilgiler, hekim ile hasta arasında tedaviye yönelik olarak yürütülen tıbbi ameliyelerde hekim merkezli bir yaklaşımın esas alındığını göstermektedir. Bu durumda tedaviye başlama veya başlanmış tedavinin devamı konusunda hastanın rızası dikkatte alınmakla birlikte asıl karar verici mercinin hekim olduğu kanaatindeyiz. Ancak hekimin bu konudaki yetkileri de “zararı giderme” ve “fayda verme” ilkeleriyle sınırlı olacaktır. Çünkü hekimin, hastanın bedeni üzerinde tasarrufta bulunmasına izin vermesinin hastasını tedavi ederek onun yararını sağlamak amaçlıdır. Hekimin hastaya faydalı olması veya ondan zararı gidermesi söz konusu olmadığında hasta üzerinde tasarrufta bulunma hakkı ortadan kalkar. Burada hasta yararından kastımız, hastanın arzusuyla yaptığı seçim değil aksine hastanın şifa bulması için yararına yapılacak tedavilerdir.

SONUÇ

Tıbbi vasiyet veya genel olarak ileriye yönelik sağlık talimatları diyebileceğimiz uygulamayla ilgili bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Tıbbi vasiyet, kararların işi ehli ve uzmanı olan hekim tarafından verilmesi ilkesini göz ardı ederek hasta merkezli bir anlayışı öngörmektedir. Ancak kararın uygulama aşamasında karar veren konumundaki hastanın bilincini yitirmesine bağlı olarak uygulanan işlemler hem hukuku hem de içerik itibarıyla pek çok problemi bünyesinde taşımaktadır.

Öncelikle böyle bir işlem hukuki temelden yoksundur. Her ne kadar vasiyet, vekâlet, velayet ve vesayet, tıbbi vasiyetle bazı yönleriyle benzerlik gösterse de vasiyetin ölüme bağlı bir tasarruf olması, vekâlet ve vesayetin şekil şartları ve velayetin kişinin lehine olabilecek tasarrufları içermesi gibi özellikler ileriye dönük tıbbi talimatların hukuken, bu işlemlere müsait olmadığını göstermektedir.

İslam hukukunun kişiye canı üzerinde tasarrufta bulunma hakkı vermemesi bedeni üzerinde ise tasarruflarını “fayda” ve “zarar vermeme” ilkeleriyle sınırlandırması tıbbi vasiyeti hukuka aykırı hâle getiren başlıca sebeplerden biri olduğu anlaşılmaktadır. Hal böyle olunca İslam hukuku kişinin isteği ile dahi olsa onun adına onu ölüme götürecek bir karar almasına da izin vermemektedir. Kaldı ki İslam dininde insanın, bırakın kendi ölümüne bizzat sebebiyet vermesi, ölümü arzu etmesi veya ölüm için dua etmesi bile men edilmiştir. Tam aksine insan, sağlığını korumak ve yaşamını devam ettirmekle yükümlü tutulmuştur. Kanaatimizce tıbbi vasiyete imkân tanıyan anlayışlarla İslam hukuku arasındaki en önemli fark insan yaşamının kutsallığına bakış açısından kaynaklanmaktadır. Zira dininin “yaşamın kutsallığı”na dair düşüncesinin yerine “yaşamın kalitesi”düşüncesi ikame edilmekte “yaşama”nın değil “yaşam”ın değerli olduğu öne



sürülerek kalitesiz bir yaşamın yaşanmaya değer olmadığı gündeme getirilmektedir. Bu zihniyet değişikliğinde hümanist felsefenin, pasif ötanazi tartışmalarının ve seküler dünya görüşünün etkili olduğu açıktır.

İslam hukuku bireyin iradesine ve beden üzerindeki kısmi haklarına saygıdan dolayı tedavi hususunda hastanın izninin alınmasını hukuka uygunluk sebeplerinden biri olarak şart koşar. Bu bağlamda ölüme veya organların telefine sebep olacak tedavi ile olumlu sonuç alınacağı zanni galibe dayanan tedaviler hariç genel anlamda mubah alana dâhil olan tedavilerde hastaya tedaviyi reddetme hakkı tanınabilir. Fakat burada da hastanın isteğinden ziyade, hekimin tedavinin yararsız olduğuna dair analizi esas alınacaktır. Tedavinin yararsız olup olmadığı hastalığın seyrine bağlı olacağından, ileriye yönelik sağlık talimatları uygulamasında olduğu gibi hastanın tedaviyi peşinen reddetmesi doğru olmayacaktır.

Hastanın önerilen müdahaleyi veya tedavi şeklini reddetmesi durumunda da hekim, bu hakka saygı göstermekle birlikte kararı hemen kabul etmemeli, doğru olduğuna inandığı çözüm yolunda hastayı ikna etmek için çabalamalıdır. Ancak bu durum, yaşamı destekleyen tedavilerin hiçbir şekilde sonlandırılmayacağı anlamına gelmez. Aksine bu tedavilerin çekilmesi, tedavinin nafil olduğuna dair hekimin kararı ile gerçekleşmelidir. Bu durum “ihtisasa hürmet” ilkesi ve “hekim merkezli” anlayışın bir gereğidir. Ancak ileriye yönelik sağlık talimatları uygulamasında tedavinin nafil olup olmadığı dikkate alınmamakta, hastaya mutlak bir karar hakkı tanınmaktadır. Başka bir ifadeyle, bu uygulamada hekimin, hastalığın gidişatını göz önünde bulundurarak yararsız gördüğü tedavilerin çekilmesi kararı değil, hastanın ileride ne olacağını öngörmeksizin belki de yıllar öncesinden peşinen verdiği bir karar uygulanmaktadır. Bu durumda henüz ciddi bir hastalık veya durum ortada yokken, ihtimaller üzerinden sağlıklı bireylerin peşinen, ileride şartların ne göstereceğini bilmeden ve belki de daha önce hiç tecrübe etmedikleri bir durum hakkında söz söylemesinin sağlıklı olmayacağı açık bir gerçektir. Öyleyse tedavi sürecinde, özellikle de hastanın yaşamı hususunu kapsayan kararlarda, asıl sorumluluğu üzerinde taşıyan ve işin ehli olan hekimin, etkin olması gerekir.



I. OTURUM

28 Mayıs 2015 / 11.15 - 12.15

KONUŞMA ÖZETLERİ

11.15 - 11.30

PALYATİF BAKIM VE AĞRI TEDAVİSİ (TIBBİ VASİYET)

Prof. Dr. Meltem Uyar
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Algoloji Bilim Dalı

11.30 - 11.45

DNR

Doç. Dr. Ahsen KAYA
EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalı,
Bornova, İZMİR

KATILIMCI KATKI RAPORU

Oturum Başkanları
Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar
Prof. Dr. Rüçhan Uslu

Raportör
Uzm. Hemşire Gönül Düzgün

PALYATİF BAKIM VE AĞRI TEDAVİSİ (TIBBİ VASİYET)

Prof. Dr. Meltem Uyar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Algoloji Bilim Dalı

*"AĞRI VE ÖLÜM YAŞAMIN BİR PARÇASIDIR.
BUNLARI REDDETMEK YAŞAMIN KENDİSİNİ REDDETMEKTİR."
HAVELOCK ELLİS*

Geçtiğimiz dekatlarda kanserlerin tanı ve tedavisinde yüz güldürücü gelişmeler farklı kanser türlerinde yaşam sürelerinde de belirgin artışa neden olmuştur. Ancak yaşam süresi ile yaşam kalitesinde artış düzeyi her zaman paralel gitmemektedir. Kanser hastaları daha uzun yaşamakla birlikte özellikle ağrının varlığı sağlık ile ilintili yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya yol açmaktadır.

Ağrı hastalığın seyri sırasında herhangi bir dönemde ortaya çıkabilir. Erken evrelerdeki kanserli hastaların yaklaşık yarısında değişik derece ve tipte ağrı yakınması olduğu ortaya konmuştur. Kanserli hastaların %30-50'sinde ağrı ilk bulgu olup, orta ve ciddi derecede olabilir. Geç dönemde kanserli hastaların %64-75'inde ağrı mevcuttur. Metastatik olgularda bu oran %95'lere kadar çıkabilmektedir.

Kanser hastalarında ağrı, yaşam kalitesini en çok bozan ve en sık görülen semptomdur. İlerlemiş medikal hastalıklarda ve hayatın sonunda etkili ağrı tedavisi sakin, güvenli ve rahat bir ölümü garanti edecek kaliteli bir palyatif bakımın en önemli kompenantıdır. Çalışmalar ağrının uygun yaklaşımla %90'lara varan oranda tedavi edilebileceği gösterilmiş olsa da ne yazık ki bir çok hasta hala yetersiz tedavi nedeniyle ağrı çekmektedir.



Yine birçok ülkede ve ülkemizde kanserli hastaların %50-80'inin özellikle yaşamlarının son döneminde ağrı ile baş başa bırakıldığı belirtilmektedir.

Başarılı bir kanser ağrı tedavisi programında multidisipliner yaklaşım şart olup, ağrı yönetiminde analjeziklerin kombinasyonunun yanında duygusal, psikolojik ve ruhsal destek de tedavide yer almalıdır, tüm yaklaşımlara rağmen hiçbir zaman ağrının tümüyle yok olmayacağı konusunda da hastaların mutlaka bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri gerekmektedir.

Ağrı tedavisi temel olarak şu amaçları kapsamaktadır;

- 1- Optimal ağrı tedavisi
- 2- En az yan etki ve en ucuz tedavi
- 3- Hastanın aktivitesinin artırılması, fiziksel ve psikolojik iyiliğin sağlanması
- 4- Yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.

Günümüzde palyatif bakım hastasının hak ettiği etkin ağrı tedavisinde, bazı engeller vardır. Bunlar üç gruba ayrılır.

Hasta kaynaklı sorunlar

- Tedavi olanaklarının bilinmemesi
- Kanserde ağrının doğal kabul edilmesi
- Ağrı kesicilerde fayda etmezse artık öleceğim yakındır düşüncesidir.

Sağlık personeli ile ilgili sorunlar

- Düşük dozla tedavi alışkanlığı ve bu nedenle ağrının yeterince kontrol altına alınmaması (psödoaddiksiyon)
- Tolerans ve bağımlılık korkusu
- İlaçların tam olarak bilinmemesi
- Yasal zorluklar (kırmızı ,yeşil reçete gibi kontrole tabi reçetelerin kullanım ve takip zorunluluğu)dır.

Sağlık sistemi ile ilgili sorunlar

- İlaçların ulaşılabilirliğindeki güçlükler
- İlaç yönetmeliklerindeki yetersizlikler
- Araştırma desteğinin az olması
- Kanuni düzenlemelerdeki eksikliklerdir.

Bu nedenle kanser hastalarında ağrının en iyi yönetimi, sürekli eğitim, doktor, hasta ve hasta yakınları arasında güvene dayanan yakın işbirliği ile mümkün olacaktır.

Terminal dönem kanser hastalarında farmakolojik ve invazif girişimlerin yanı sıra ağrı palyasyonunda etkinliği gösterilmiş rehabilitasyon , psikososyal, ve manevi destek gibi tamamlayıcı tedaviler de kullanılmalıdır. Hastanın ve ailesinin ağrı tedavisine aktif katılımı için eğitimleri de göz ardı edilmemelidir. Bu şekilde palyatif bakımda tüm komponentleri ile ele alınan ağrı daha başarılı tedavi edilebilmektedir.

Ülkemizde sağlık sistemine yeni entegre olan palyatif bakım hizmetleri hızla yaygınlaşmaktadır. PBK'lerinde kompleks medikal ve psikososyal problemler içinde yaşam kalitesini en çok etkileyen semptom olan ağrının kontrolü oldukça önemlidir. Kanser ağrısında altın standart kabul edilen opioidlerin kullanımı palyatif bakımda da başarı kriteri olarak değerlendirilmektedir.

Morfin tüketimi gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizde oldukça azdır. 2010 yılında kişi başına 14.3 mg morfin eşdeğeri kullanılmıştır. Bu miktar da kullanılması gereken opioid analjezik miktarının sadece %7'sini oluşturmaktadır. Öncelikle palyatif bakım hizmeti veren sağlık personeli olmak üzere tüm sağlık personelinin ağrı tedavisi ve opioid kullanımı hakkında eğitimi ile ancak etkin bir palyatif bakım hizmeti verilebilir. Demekki ülkemizde opioidlerin hastaların yaşam kalitesini arttıracak ölçüde kullanımını arttırmalıyız.



Kanser ağrı tedavi standartlarını oluşturan kılavuzlar doğrultusunda doz titrasyonu yapabilmek, analjezik etkinliği arttırabilmek ve kontrol edilemeyen yan etkiler için farklı yol ve formlarda opioidlerin kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle ülkemizde opioidlerin çeşitlendirilmesinin ve bürokratik güçlüklerin giderilmesinin ivedilikle çözülmesi gereklidir.

Dünyada en büyük ağrı tedavi organizasyonu olan Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP), ağrı tedavisinin önemi için Montreal deklarasyonunu yayınlamış; bu deklarasyonda ağrı tedavisine ulaşım temel bir insan hakkı olduğunu vurgulamıştır.

TBMM'nin ülkemizde yaptığı kanser araştırma raporuna göre de ne yazık ki terminal dönem kanser hastaları kaderine terk edilmekte ve ağrı içinde ölmektedirler.

Terminal dönemde mental yeterliliğinin kaybolması durumunda hasta hakları açısından kişinin sahip olduğu haklar kaybolmakta mıdır? Hastanın karar verme hakkı bu tür hastalarda da asla kaybolmamakta ve devam etmektedir. Kuşkusuz bu hakkı onun yerine bir başkası kullanabilir. Ailesi ya da mahkeme tarafından atanmış bir vekil hasta adına karar verebilir. Örneğin, ventilatörden hastayı çekmek kararı hasta adına o kişiler tarafından verilecektir. Yine bir başka konu hastaların evde ölmek istemelerinin bir hak olup olmadığıdır. Hastaların hastane koşullarından uzaklaşıp kalan günlerini evlerinde geçirmek istemeleri kuşkusuz onlar için bir haktır. Ancak bu durumda hastanın tedavi ve bakım sorunun iyice çözülmesi gerekmektedir. Hekim ile hasta yakınları arasında iyi bir koordinasyon bulunmalıdır. Tüm bu gerçeklere rağmen unutulmaması gereken nokta;

AĞRI TEDAVİSİ MUTLAK YAPILMASI GEREKEN BİR YAŞAM HAKKI OLDUĞUDUR.

Bu arada, bugün için Batı ülkelerinde uygulanmaya başlayan “tıbbi vasiyetler” (advance directives, living will) hasta haklarının yaşama geçirilmesinin ögelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Kişinin, ileride, mental yetersizliğinin ortaya çıkması halinde, olası tıbbi işlemler hakkındaki isteğini belirten bu tür yazılı dökümanlar hastaların sahip olduğu hakların yetersizlikleri durumunda da hayata geçirilmesine aracılık etmektedirler. Bu tür tıbbi vasiyetlerin genel niteliği biyolojik yaşamı uzatacak teknik-tıbbi müdahalelerin uygulamasını istememe şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Aynı şekilde, kişiler önceden kendileri adına tıbbi kararlar verecek kişileri de yazılı belgelerle belirleyebilmektedirler.

Söz konusu tıbbi vasiyet içeriğinde, genelde kullanılan ifade biçimini çok basit bir örnekle şöyle dile getirebiliriz: “Eğer, gelecekte karar veremeyecek duruma gelir; fiziki ve mental sağlığımı geri dönüşü olmayacak bir şekilde kaybettiğim bir gün olursa ölüme terkedilmeyi; yapay yöntem ve araçlarla yaşamımın uzatılmamasını istiyorum”.

Tüm bu bilgilere rağmen palyatif bakım şartlarında ise altın standart; Margo Mc Caffery'nin tanımıyla “Ağrı, hasta ne tanımlıyorsa odur” şeklinde kabul edilmektedir. Sağlık çalışanları için ağrı tedavisini uygulamak bir insanlık görevidir.

Palyatif bakımda temel kalite göstergesi ve hayat kalitesini artırmanın en temel yolu, hastaların ölüme kadar ağrı ve acı çekme süreçlerini iyi yönetmektir.

Günümüzde meydana gelen tıbbi gelişmeler ile birlikte güzel ölüm kavramı da tıp literatürüne girmiştir. Güzel ölüm; hastanın beklenti ve istekleri göz



önüne alınarak, sağlayacaktır, kar zarar oranı ayrıntılarıyla gözden geçirilerek gerekirse bazı agresif tanı ve tedavi prosedürlerinin ve hastane yatışlarının önlenmesi ve hastanın kendi evinde bakımının sağlanmasıdır.

Temel olarak özellikle terminal dönem hastaların hayat kalitesinin çok bozulduğu durumlarda ömrün uzatılması konusunda çekinceler olmakla beraber agresif ağrı tedavisi son ana kadar uygulanmalıdır. Çünkü Albert Schweitzer'in dediği gibi

AĞRI ÖLÜMÜN KENDİSİNDEN BİLE KÖTÜDÜR.

Palyatif bakım ve ölüme yakın hasta konusunda eğitimli sağlık personelinin oluşan ekiplerin kurulmasının, ağrı merkezleri ve ağrı ekiplerine geç olmadan ulaşmanın vurgulanmasının ağrı tedavisinde ülkemizdeki sorunların çözümünde yararlı adımlar olacağını düşünmekteyiz. Unutulmamalıdır ki, Hipokrat'ın da dediği gibi

“AĞRI DİNDİRMEK İLAHİ BİR SANATTIR.”

KAYNAKLAR

- 1- The Current Status of Palliative Care in Turkey: A Nurse's Perspective Ayfer Elcigil, RN, PhD J Pediatr Hematol Oncol Volume 33, Supplement 1, April 2011
- 2- Palliative Care Activity in the Field of Oncology in Turkey Özcelik, Hanife;Fadıloğlu, Çicek;Karabulut, Bülent; Uyar, Meltem Journal of Palliative Care; Winter 2010; 26, 4; ProQuest Health & Medical Complete pg. 305
- 3- Hasta hakları ve Terminal dönem. Erdem Aydın Prof. Dr. Yoğun Bakım Dergisi 2003;3(1):37-42.
- 4- Current Status of Palliative Care in Turkey , Seref Komurcu, MD J Pediatr Hematol Oncol 2011;33:S78-S80
- 5- Turkish community-based palliative care model: a unique design N. Özgül, M. Gultekin, O. Koc, F. Goksel, G. Bayraktar, H. Ekin, I. Sencan, A. Murat Tuncer, M. Aksoy & N. Tosun Annals of Oncology 23 (Supplement 3): 76-88, 2012
- 6- TBMM Kanseri Araştırma Raporu, TBMM Kanseri Araştırma Komisyonu, TBMM Basın Açıklamaları, http://www.mecclishaber.gov.tr/develop/owa/haber_portal.aciklama?p1=106047 (Son Erişim Tarihi: 27.Ağustos 2011)
- 7- Declaration of Montreal, International Pain Summit (IPS) of the International Association for the Study of Pain (IASP), Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right, <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/Advocacy/DeclarationofMontr233al/default.htm> (Son Erişim Tarihi: 27.Ağustos 2011)

DNR

Doç. Dr. Ahsen KAYA

EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalı,
Bornova, İZMİR

Yaşam sonu ileri direktiflerinden biri olan DNR, İngilizce “Do Not Resuscitate” kelimelerinin baş harflerinden oluşan bir kısaltmadır. Aynı anlamda, İngilizcesi “Do Not Attempt Resuscitation” kelimelerinin baş harflerinden oluşan DNAR kelimesi de kullanılmaktadır.

DNR, Türkçeye “Resüsitasyon Yapma!” ya da “Yeniden Canlandırma Yapma!” olarak çevrilebilmekte ise de birebir Türkçe’ye çeviride anlamın bir miktar maksadının dışına çıktığını söylemek yanlış olmayacaktır. Aynı durum, İngilizce kullanımda da söz konusu olduğundan, DNR yerine bazı otoriteler tarafından “Doğal Ölüme İzin Ver” anlamına gelen “Allow Natural Death” tanımlamasının ve bu tanımlamanın yine baş harflerinden oluşan “AND” kısaltmasının kullanılması tercih edilmektedir. DNR ile asıl anlatılmak istenenin “bir hastalık ya da yaralanmanın doğal seyrine izin vermek ve yaşam sonu bakımını vurgulamak” olması, bu durumun asıl sebebi olarak gösterilmektedir.

DNR kısaltmasında yer alan ve yaşam için zamanla yarışın söz konusu olduğu “Resüsitasyon”un en önemli amacı; klinik ölümün önlenmesi ve önceki yaşam kalitesine dönülmesidir. Bu nedenle de, resüsitasyon ölümle yaşam arasındaki en ince çizgiyi oluşturmaktadır.

İlk kez 1960’lı yıllarda kardiyak arrestte kapalı göğüs kalp masajı ile kurtulan hasta bildirimi ile gündeme gelmiş olan resüsitasyon, devamında göğüs basısı ve kurtarıcı soluk kombinasyonu olarak geliştirilmiştir. Ardından 1962’de resüsitasyon işlemine doğrudan akım, monofazik dalga formulu defibrilasyon eşlik etmiştir.



1966'da da ilk kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) kılavuzu Amerikan Kalp Derneği (AHA) tarafından oluşturulmuş ve dünyadaki gelişmeler sonrası bir dizi hayat kurtarıcı eylem olarak tıbbi uygulamada yerini almıştır.



Zaman içerisinde KPR'nin bazı durumlar için düşük başarı oranlarının gösterilmesi boşuna bir çaba olarak nitelendirilmesine yol açmıştır. Özellikle kötü prognoza sahip, çok kısa bir süre hayat beklentisi olan olgulara da uygulanması bu yargının en önemli sebebi olmuştur. ABD'de yapılan bir çalışmada, hastane içi KPR uygulanma oranı yılda 370,000 - 750,000; hayatta kalma oranı ise % 0-40 olarak belirtilmiş olup, bu oranın kanser hastalarında, ileri evredeki böbrek hastalarında, nörolojik hastalıkları olanlarda ya da sepsis gibi hastalıkların söz konusu olduğu durumlarda %10'lara düştüğü belirtilmiştir. Tüm bunların yanında, tıbbi etik ilkeler doğrultusunda hastaların kendi yaşamları ile ilgili karar verme haklarının ön plana çıkması ve kişilerin acısız, ani bir ölümü, başkalarına bağlı bir yaşama tercih etmeleri DNR'yi gündeme getirmiştir.

Farklı tanımları olmakla birlikte DNR genel olarak, sıklıkla kurtulması pek olanaklı görülmeyen, ağır sekeller olacağı öngörülen ya da ağır hastalığı olan (ileri evre kanser hastalığı gibi) hastalarda, kalp ve solunum durması halinde, kalp ve solunum desteğinin verilmemesi kararı olarak tanımlanmakta olup, DNR ilk kez 1970'lerin ortalarında Amerika'da yasallaşmıştır. Süreç içerisinde yazılı DNR talimatları oluşturulmuştur.

DNR ile ilgili uygulama ve talimatların özellikleri ülkeden ülkeye, hatta eyaletten eyalete değişiklikler gösterebilmektedir. Ülkemizde DNR uygulamaları ile ilgili yasal mevzuatta spesifik bir düzenleme bulunmamakla birlikte, diğer ülkeler açısından baktığımızda, yazılı DNR talimatı verme oranının da ülkeden ülkeye değiştiği görülmekte olup, bu oran örneğin İtalya'da ~%8 ve Hollanda'da ~%91 olarak belirtilmektedir. Kullanıldığı ülkelerde, genel olarak DNR Talimatı / Protokolü,

- Bir doktor / yerel yönetim ile tanınan bir otorite tarafından oluşturulmakta,
- Tanık onayı / 2. bir hekimin onayı gerekmekte,
- Geçerli olması için mutlaka imzalanması ve tarih atılması gerekmekte,
- Yaşamı tehdit eden bir aciliyette uygulanacak / uygulanmayacak resüsitasyon müdahaleleri açıkça belirtilmekte,
- Hastanın resüsitasyon müdahaleleri ile ilgili dileklerini içerecek şekilde belgelenmektedir.

Bunların yanında dikkat edilmesi gereken diğer unsurlar: Hekimin, hasta takip çizelgesine, yerel politikalara uygun olarak DNR talimatı verme gerekçesini açıkça not etmesi; Hekimin hasta, hastanın vekili ya da aile fertleri ile olan görüşmelerini belgelemesi; Talimatın yazılı olması ve talimatın tedavinin diğer şekilleri ile ilgili öneri içermemesi olarak belirtilmektedir. Ayrıca DNR Talimatı / Protokolü hazırlanırken unutulmaması gereken en önemli unsurlardan biri de, DNR'ın tedavi etmemek anlamına gelmediğidir.



DNR uygulamasının söz konusu olabileceği durumunda, hastanın fikrini değiştirdiğine dair bir düşünce varsa, acil çağrıda hastanın önceden verilmiş direktifinin uygulanması konusunda bir soru işareti varsa, bu konuda açık bir bilgi edinilemiyorsa DNR uygulamasının durdurulması KPR ve ileri yaşam desteğine başlanması önerilmektedir. KPR uygulaması başladıktan sonra hastanın resüsitasyon istemediği onaylanırsa, KPR veya diğer ileri yaşam desteklerinin yerel direktifler veya protokoller izlenerek bitirilmesi önerilmektedir.

Sonuç olarak DNR, etik ve yasal açıdan pek çok soru işaretlerini içinde barındırmaktadır. Etik açıdan bakıldığında, bazı otoriteler tarafından tıbbi etik ilkelerden biri olan “Otonomi İlkesi” doğrultusunda, hastanın kendi hakkında karar verme hakkı olduğu belirtilmekte iken, bazı kesimler tarafından da tıbbi etik ilkelerden biri olan “Zarar Vermeme İlkesi” ile taban tabana zıt bir uygulama ve tedavi edici tıbbın önünde bir engel olarak görülmektedir. Bununla birlikte, DNR’ın yasal olması durumunda, bu uygulamaların sağlık çalışanlarının etik bütünlüğünü çelişkiye düşürebileceği, bilerek etkisiz, sözde resüsitatif çabaların söz konusu olabileceği, kurtarıcı-hasta ilişkisini sarsabileceği belirtilmektedir. Yine yasal açıdan bakıldığında, gerek uluslararası yasal mevzuatta gerekse de ulusal yasal mevzuatta yaşama hakkının ön plana çıktığı görülmektedir. Bu nedenle, DNR ile en temel hak olan yaşama hakkının elinden alınması anlamına gelebilecek uygulamalar arasındaki ince çizginin çok iyi korunması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. DNR Comfort Care Protocol, <http://www.formsatlas.com/do-not-resuscitate-form/ohio.html>, erişim: 15.05.2015.
2. Demir M. End-of-Life Decisions and Their Legal Status in Turkey. *Acta Medica* 2014;3:42-5.
3. Ewanchuk M, Brindley PG. Ethics review: Perioperative do-not-resuscitate orders – doing ‘nothing’ when ‘something’ can be done. <http://ccforum.com/content/10/4/219>, Erişim tarihi: 20.05.2015.
4. <http://theemtspot.com/2009/02/17/7-signs-that-say-do-not-recusitate/>, erişim: 17.05.2015.
5. Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyak Bakım Bilimi İçin 2010 Amerikan Kalp Derneği (AHA) Kılavuzu. <http://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/aha-2012-kilavuzu.pdf>, Erişim: 15.05.2015.
6. Kuvaki B, Boztaş N, Kaplan M, Hacıoğlu C, Yaprak E, Ayaz O. Hastanemizde Cerrahi Bölümlerde Çalışan Doktorların “Yeniden Canlandırma Yapmama” Talimatı Konusundaki Görüşleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;28(1):21-6.
7. MSNJ Do Not Resuscitate Form, <http://www.tidyforms.com/download/new-jersey-do-not-resuscitate-form.html>, erişim: 15.05.2015.
8. Oguz NY, Miles SH, Büken N, Civaner M. End-of-Life Care in Turkey. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003;12:279-84.
9. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007;33:237-45.
10. Uzmanlık Dernekleri için Etik Kılavuzlar, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_klavuzlar.pdf, erişim: 13.05.2015.



1. OTURUM KATILIMCI KATKI RAPORU

Oturum Başkanları Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar, Prof. Dr. Rüçhan Uslu
Raportör Uzm. Hemşire Gönül Düzgün

GRUBUN HEDEFLERİ;

Tıbbi vasiyet çalıştayının birinci grubunun hedefleri doğrultusunda ortak kararlar ağırlı ve DNR kavramlarının sağık çalışanları tarafından nasıl algılandığını ortaya koymaktır.

ÖNERİLER;

Çalıştayın 1. grubunda aşğıdaki konularla ilgili görüşler bildirilmiş ve öneriler geliştirilmiştir.

DNR kararı verilmiş hastalara asistanların yaklaşımı yetersiz kalabilmekte ve bu kararı uygulamada sorunlar yaşanmaktadır.

Sağık çalışanlarının hukuki bilgisi yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle öncelikle DNR kavramının tanımı yeniden yapılmalı ve sağık çalışanlarına hastanın DNR nedeniyle değıl mevcut hastalığı nedeniyle öldüğü bilinci yerleştirilmelidir. DNR pasif ötenazi olarak algılanmamalıdır.

Hukuksal açıdan DNR kavramının anlaşılır hale getirilmesi ve sisteme uygun şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir. terminal dönemde olan, son üç aylık ömrünün olduğı öngörülen bir hastaya yetersiz uygulamalar ve girişimler yüzünden çektiğı ağırlı ve diğler semptomların değıerlendirilmesinde sağık çalışanlarına eleştirel bakış açısı kazandırılmalı ve bu süreçte hastaya yarar sağılayıp sağılamadığı gözden geçirilmelidir.

Toplumun kültürel yapısı, beklentileri ile ilgili araştırmalar yapılarak bu durumun halk açısından nasıl değerlendirildiği tespit edilmelidir. Yapılan çalışmalar sonucunda halk tarafından da sorun olarak algılanıyor ise hukuksal açıdan bu sorunun çözülmesi gerektiği gerçeği ortaya çıkmaktadır. Bir veri tabanı oluşturularak halkın ihtiyaçları belirlenmeli ve bu kapsamda tanımlama yapılmalıdır.

DNR yeniden tanımlandığında birinci boyutunda hastalığın seyrine izin vermek olarak ifade edilmeli ve hasta ve hasta yakını boyutu olarak da “hastalığın doğal seyrine izin vermek/izin vermemek olarak tanımlanmalıdır.

Özellikle yaşlı hastaların kendi kararlarını kendi verme durumları söz konusu olamadığı için hasta yakınları ön plana çıkmakta ve karar mercii olmaktadır. Bu durum göz önünde bulundurularak düzenleme yapılmalıdır.

II. OTURUM

28 Mayıs 2015 / 13.15 - 14.15

KONUŞMA ÖZETLERİ

13.15 - 13.30

BESLENME DESTEĞİ ve HİDRASYON AÇISINDAN YAŞAM SONU KARARLARI

Prof. Dr. Mehmet Uyar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yoğun Bakım Bilim Dalı

KATILIMCI KATKI RAPORU

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Ekin Özgür Aktas

Raportör

Uzm. Dr. Pınar Toşun Taşar

BESLENME DESTEĞİ ve HİDRASYON AÇISINDAN YAŞAM SONU KARARLARI

Prof. Dr. Mehmet Uyar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yoğun Bakım Bilim Dalı

Yaygın olarak “yaşamın sonuna ilişkin vasiyet” olarak adlandırılan ama günümüzde “sağlık bakımına ilişkin ileri direktifler” olarak da kabul gören kararlar arasında beslenme ile ilgili olanlar oldukça tartışmalıdır. Hastalar tarafından karar verilen bu direktiflerin gerek sıklığında gerekse uygulanmasında farklı sonuçlar elde edilebilmektedir.

Yoğun bakım hastalarında bu konuyu araştıran ve 2014 yılında Almanya’da yapılan bir çalışmada 477 hastanın 64’ünün (%13) yazılı vasiyeti olduğu ve bunların yoğun bakıma başvurudan ortalama 109 hafta önce yazıldığı belirlenmiştir (1). Bu hastaların 42 tanesi vasiyetlerinde yapay beslenmeyi reddetmiş olmalarına rağmen, araştırma sonunda hastaların %24’üne ölümlerinden 48 önce, %8’ine ise ölüm anında yapay beslenme uygulandığı saptanmıştır (1).

Diğer bir çalışmada ise bakımevinde yaşayanların 2/3’ünün ileri derece demans ve tüple beslenme yerine ölümü tercih ettikleri bildirilmiştir. Ancak bu kişilerin sadece %5.8’inin bu yönde tıbbi vasiyetinin mevcut olduğu bildirilmiştir (2).

Yaşam için besin maddelerinin alımının ve hidrasyonun sağlanmasının gerekliliği aşikardır. Kişi bu ihtiyaçlarını kendisi karşılayabildiği sürece herhangi bir girişime gereksinim yoktur. Ancak yeterli gıda ve sıvı alımı mümkün olmadığında problemler başlamaktadır. Bu aşamaya gelindiğinde yeterli oral alımın sağlanmasına destek olmak tıbbi tedavinin ve hemşirelik



Beslenme Desteği ve Hidrasyon Açısından Yaşam Sonu Kararları

bakımının temel işlevlerindendir. Gıda alımının iyice kısıtlandığı dönemde ise gerek yaşam kalitesinin gerekse sosyal ilişkilerin optimal şekilde devam ettirilmesi için çeşitli girişimlere gereksinim duyulmaktadır. Bu aşamada yapay beslenmenin temel bakım mı yoksa tedavi mi olduğu şeklinde sorular ortaya çıkmaktadır. Birçok Avrupa ülkesinde ağız yoluyla beslenme temel bakım hizmeti, tüple ve intravenöz beslenme tedavi olarak kabul edilmektedir.



Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneđinin (ESPEN) 2016 yılında yayınladığı ‘‘Yapay Beslenme ve Hidrasyonun Etik Yönleri hakkındaki Rehber’’ de nütrisyonel terapi; oral nütrisyon destek ürünleri, enteral nütrisyon ve parenteral nütrisyon stratejileri ve yolları ile yapay beslenmenin sağlanması şeklinde tanımlanmaktadır (3). Bu rehberde ayrıca yapay beslenmenin hastaneler, bakım evleri ve ev gibi değişik ortamlarda uygulanabileceği, ancak etik açıdan bunlar arasında bir fark olmadığı vurgulanmaktadır.

Yaşam sonuna ilişkin vasiyetin önem kazandığı en önemli hasta grubu kanser hastalarıdır. Kanser palyatif bakımında nütrisyon standartlarını oluşturmayı öneren bir kılavuzda; nütrisyonel desteğin palyatif bakımın önemli bir parçası olduğu ve hastanın hayat kalitesini artırmayı hedeflediği belirtilmiştir (4). Palyatif bakımdaki hastanın beslenmesinin diğer hedefleri de nütrisyonel durumun düzeltilmesi ile beraber hastanın güçlü ve iyi hissetmesinin sağlanmasıdır.

Beslenme hayat kalitesini etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Hastanın oral yoldan yeterli beslenmesi, malnütrisyonunun derinleşmesini engelleyebilir. Ayrıca oral beslenme sosyal yönden önemli bir eylemdir ve hastayı hayata bağlayan bir durumdur. Beslenme, birçok hasta ve hasta yakını için hayatın ve umudun simgesidir (5). Terminal dönemde oral gıda ve yeterli sıvı alamamak, besin tüketiminin ardından gelen sindirim problemleri, bozulan beden imajı hastayı ve yakını hızla depresyona ve umutsuzluğa sürükleyebilir (6). Başta sindirim sistemi kanserlerinde rastlanan mekanik engeller olmak üzere, psikolojik engeller, hastaların beslenmelerini çok zorlaştırmaktadır. İlk hedef hastanın günlük enerji ve protein gereksiniminin oral yoldan alabilmesini sağlamaktır. Ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, erken doyma, hazımsızlık, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, tad ve koku algısında değişiklik, ishal veya kabızlık, duyu durum bozuklukları gibi çeşitli semptomlar hastanın iştahını olumsuz etkilediği gibi besinsel gereksinimlerinin karşılanamamasına neden olur. Kanser hastalarında semptom kontrolü ne kadar iyi olursa, hastaya o kadar iyi bir yaşam potansiyeli sunulur. Sözü geçen semptomlara etkin müdahale hastanın oral besin tüketimini de arttıracaktır (7).

Yeterli oral gıda alamayan hastaların nazoenteral beslenme tüpleri aracılığı ile beslenmesi gündeme gelmelidir. Kanser hastalarında hasta kabul ettiği ve ölüm fazı başlamadığı sürece kilo kaybını minimize etmek için enteral beslenme sağlanmalıdır. Afajı mevcudiyetinde tüple beslenme endikasyonu mevcuttur. Yaşamın sonu yaklaştığında ise hastalar açlık ve susuzluğu



bastırabilmek için minimal düzeyde gıda ve çok az suya ihtiyaç duyarlar. Dehidratasyon nedeniyle oluşabilecek konfüzyon durumunu önlemede düşük miktarda sıvı yardımcı olabilir. Hastane ve evde subkutan infüze edilen sıvılar da faydalı olabilir, ayrıca verilen sıvılar ilaçların uygulanması için kolaylık sağlayabilir.

Gastrointestinal sistemdeki çeşitli sorunlar nedeniyle oral veya enteral beslenmenin mümkün olmadığı hastalar için parenteral beslenme uygulaması yapılmalıdır. İntestinal yetmezlik (obstrüksiyon, vs) durumunda enteral beslenme yetersiz ise, tümör progresyonuna bağlı beklenen sağ kalım 2-3 aydan uzunsa, parenteral beslenmenin kişinin performans durumunu ve yaşam kalitesini koruyacağı veya düzelteceği bekleniyorsa, ve hasta bu tarz besin desteğine istekli ise uzun süreli parenteral beslenme önerilmelidir. Bunların dışında yetersiz beslenme nedeniyle ölüm riski taşıyan kanser hastaları, eğer oral veya enteral yolla kendi beslenme ihtiyacını karşılayamıyorsa evde parenteral nütrisyon programına girebilirler. Evde parenteral nütrisyon onkolojik tedavinin durdurulması için bir kontrendikasyon değildir. Kısa yaşam süresi öngörülen inkürabl kanser hastalarında ise parenteral beslenme tavsiye edilmemelidir.

Amerikan Klinik Enteral Parenteral Nütrisyon Derneği (ASPEN) terminal kanser hastalarında nütrisyon desteği nadiren endike olduğunu bildirmektedir. ASPEN bu tür hastalarda nütrisyon desteği kararı için; hasta ve ailesinin isteği, potansiyel risk ve yararlar ve hastanın beklenen sağ kalımının dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Burada beklenen sağ kalım süresi en az 40-60 gün olarak bildirilmektedir. Bu süreden daha kısa süre yaşaması beklenen hastalarda ise intravenöz sıvı tedavisinin yeterli olacağı önerilmektedir.

Yaşam sonuna ilişkin vasiyetin önem kazandığı bir diğer hasta grubu da demans hastalarıdır. Bu hastalar ileri derece demans, Alzheimer hastalığı ve serebrovasküler demans şeklinde klinik tabloya sahip olabilir. Bu hastalarda tüple beslenmenin yaşam süresininin uzatılması, oluşturduğu yararlar ve

hakkında kesin bir fikir birliği yoktur. Persistan vejetatif durum (bitkisel hayat) durumunda ağır beyin hasarının başlamasından en az 12 ay sonra beslenme tedavisinin sonlandırılması gündeme gelebilir. Ancak bu süre içinde hastanın nörolojik muayenesinin düzenli yapılması gereklidir.

Yaşamın sonuna ilişkin ileri direktiflerini belirlemiş olan hastaların optimal beslenme desteği açısından hekim, diyetisyen, hemşire, psikolog gibi meslek gruplarının işin içinde olduğu multidisipliner bir ekip tarafından izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca aile bireylerinin her konuda olduğu gibi nütrisyonel konularda da onaylarının alınması gereklidir. Aileler ilaç ve diğer sıvıların kesilmesine nütrisyonel desteğin kesilmesinden daha çabuk karar vermektedirler. Sonuç olarak beslenme, tüm hasta gruplarında olduğu gibi ileri direktif veren hasta gruplarında da tedavinin en başından itibaren önemslenmesi ve takip edilmesi gereken önemli bir parçasıdır. Beslenme durumu her vizitte mutlaka değerlendirilmeli, beslenme yetersizliği tespit edilen hastalarda beslenme desteğine gecikmeden başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Hartog CS, Peschel I, Schwarzkopf D, et al. Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. *Journal of Critical Care*, 29: 128-133, 2014.
- 2- O'Brien LA, Siegert EA, Grisso JA, et al. Tube feeding preferences among nursing home residents. *J Gen Intern Med*. 12(6): 364-371, 1997.
- 3- Druml C, Ballmer PE, Druml W, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(3): 545-56, 2016.
- 4- Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent M.P, et al. Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer. *British Journal of Cancer* 89:S107-S110, 2001.
- 5- Cimino JE. The Role of Nutrition in Hospice and Palliative Care of the Cancer Patient *Top Clin Nutr* 18(3):154-161, 2003.
- 6- del Rio MI, Shand B, Bonati P, et al. Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision- making among patients, family, and health care staff. *Psycho-Oncology* 21:913-921, 2012.
- 7- Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. *Proceedings of the Nutrition Society* 63:427-9, 2004.



2. OTURUM KATILIMCI KATKI RAPORU

Oturum Başkanları Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş

Raportör

Uzm. Dr. Pınar Toşun Taşar

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları ve Geriatri Uzmanı

GRUBUN HEDEFLERİ;

Tıbbi vasiyet çalıştayının ikinci grubunun hedefleri ileri direktifler, özel durumlarda sağlık çalışanlarının ortak tutum sergilemesinin çalışılmasıdır.

ÖNERİLER;

Çalıştayın 2. grubunda aşağıdaki konularla ilgili görüşler bildirilmiş ve öneriler geliştirilmiştir.

- Palyatif bakıma alınma sırasında hastalar arasında hukuki ve sağlık bakımından ayrımcılık yapıldığı görülmektedir.
- Palyatif bakım alan hastalar için konsultasyon isterken, konsültasyon isteğinin gerekli olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- Hekimler hastaların beklenen yaşam sürelerini göz önüne alarak tedavi vermelidir. Bu konuda toplumun farkındalığının arttırılması halinde hukuki boyutun değişeceği düşünülmektedir.
- Ülkemizde Avrupa kılavuzlarının aksine, ileri evre demans hastaları endikasyonu olmasa dahi beslenilmektedir. Bu süreçte beslenmenin hastaya yarar sağlayıp sağlamadığı gözden geçirilmelidir. Öncesinde kişinin tıbbi vasiyeti olursa ancak bu durumda beslenme kararı kendisi tarafından verilecektir.

- Hukuk dünyası yaşamı şekillendirmelidir. Hastaların hak ve özgürlükleri şahsa bağlı ya da şahsa bağlı olmayan faktörler olarak ayrılmaktadır. Tıbbi vasiyet şahsa bağlıdır. Tıbbi vasiyeti ancak kişinin bilişsel fonksiyonları yerinde değilse yakınlarına aittir. Açlık grevi sırasında kişinin rızası dışında zorla beslenmesi tıbbi müdahaleye girmektedir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi tarafından kişi beslenmediği için hayati tehlikeye girdiyse, o zaman isteği dışında beslenmesi gerektiği belirtilmektedir.
- Ancak, doktorlar tarafından hastanın bilinçli iken vermiş olduğu kararların ne kadarı kabul edilmeli, beslenme ve solunum desteği ile ilgili tercihlerine ne kadar riayet edilmelidir. Bu konu halen tartışmalıdır.



İleri Direktifler, Özel Durumlar

Oturum Başkanları Prof.Dr. Ekin Özgür Aktaş

Oturum Raportörü Uzm. Dr. Pınar Tosun Taşar

III. OTURUM

28 Mayıs 2015 / 14.30 - 16.30

KONUŞMA ÖZETLERİ

14.30 - 14.45

DİYALİZ VE TIBBİ VASIYET

Prof.Dr. Fehmi Akçiçek

Ege Üniversitesi İç Hastalıkları AD,
Geriatri BD

14.45 - 15.00

ORGAN NAKLİ VE TIBBİ VASIYET

Doç. Dr. Taylan Sezer

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Genel Cerrahi A. D

KATILIMCI KATKI RAPORU

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Cüneyt Hoşçoşkun

Prof. Dr. Harun Yenice

Raportör

Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk

DİYALİZ VE TIBBİ VASIYET

Prof.Dr. Fehmi Akçiçek

Ege Üniversitesi İç Hastalıkları AD, Geriatri BD

“BÖYLE Mİ OLMALIYDI?”

1. Hasta: 78 yaşında emekli öğretim üyesi A.S.’de multipl myelom ve buna bağlı geliştiği düşünülen son dönem böbrek yetmezliği teşhis edildi. 6 yıldan beri devam eden kemoterapi kürleri sonunda, hematologlar kemik iliğinin artık tükendiğini ve ek bir tedavinin yararsız olduğunu kabul ettiler. Sonraki 9 ay şöyle gelişti: AS neredeyse her ay enfeksiyon, anemi ve/veya kanama şikayetleri ile hastaneye başvurmaya zorunda kalıyordu. İleri düzeyde anemik (Hb düzeyi 7 gr/dL) ve trombositopenik (trombosit sayısı 90,000) idi. Gelişen böbrek yetmezliği nedeni ile “kronik periton diyalizi” tedavisine başlandı ve hasta dokuz ay kadar sonra vefat etti. Bu süre boyunca anemi, üst ve alt sindirim sistemi kanamaları nedeni ile 13 kez hastaneye yattı. 46 ünite eritrosit, 190 ünite trombosit transfüzyonu uygulandı. Son olarak, evinde iken kardiyak arrest oldu. İlk resüsitasyon uygulamasını yapan 112 ekibi tarafından acil servise getirildiğinde artık ölmüştü.



Son 9 ay gerçekten böyle mi yaşanmalıydı?

Hekim, hemşire ve diğer sağlık ekibi; yaşamın sonlandığı bu süreyi her yönüyle yönetebilecek, yeterli bilgi ve beceriye sahip miydiler?

Hasta ve/veya yakınları hastalık ve uygulanan tedavi hakkında yeterince bilgiye sahip miydiler?

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Çalışma Grubunun Önerileri:

Öneri No: 10. Teşhis, prognoz, tedavi seçenekleri ve bakım amaçları hakkında kapsamlı bir iletişim aşağıda belirtilen gerekçeler nedeni ile zorunludur.

1. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarını kapsayan bir çalışmada; hastaların neredeyse tamamı teşhis ve prognoza dair bilgilendirilmenin kendileri için önemli olduğunu belirtmişlerdir.
2. Etkili iletişim hastaların tatmin olması, durumlarını kavraması ve umutlarını yitirmemeleri açısından önemli yarar sağlamaktadır.
3. Empatiye dayanan iletişim, hastanın endişesini gidermekte ve yaşamının sonundaki bu değerli zaman boyunca güven duymasını sağlamaktadır.

Öneri No: 11. Tıbbi Ekibin Terminal Dönem Diyaliz Hastasına ve/veya Sevenlerine Karşı Sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

1. Hastalık (seyri ve bütün sonuçları), uygulanan tedaviler (mahiyeti ve komplikasyonları) ve seçenekler (diyaliz olmama dahil) hakkında hastayı ve deontolojiye uygun olarak sevenlerini bilgilendirmek.
2. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların olabildiğince tatminkâr bir hayat sürmelerine ve kendi dileklerine uygun haysiyetli bir ölüme kavuşmalarını sağlamak.
3. Hastalık süresince, sevenlerinin (aile, yakın akrabalar, arkadaşlar) manevi olarak desteklenmesi ve ölümden sonra da aynı şefkatin yas boyunca devam ettirilmesini sağlamak.

2. Hasta: Diyalizi bırakma kararı veren 82 yaşında kadın hasta S.W. 10 yıldır hemodiyaliz tedvisi görmekteydi. Yaşam kalitesini düşük bulduğu ve “diyaliz yorgunu” olduğu (312 fistül girişi/yıl, 163 kan testi/yıl) gerekçeleri ile diyaliz tedavisini bırakmaya karar verdi... Yakın zamanda geçirdiği operasyon, hareket yeteneğini azaltmış ve yeniden yürüyebileceği umudu neredeyse kalmamıştı. Psikiyatristin depresyon teşhis ile başlamak istediği antidepresan tedaviyi reddetti. Kendisini 10 yıldır izleyen konsültan nefrolog hastanın verdiği “diyalizi bırakma” kararını onayladı. Kızı da annesinin bırakma kararını anlayışla karşıladı. Hasta 13 gün sonra vefat etti.

Yaşlı Hastaların Ölüm Riskini Artıran Unsurlar

1980 ile 2007 tarihleri arasında diyaliz tedavisine ihtiyaç duyan yaşlı hastaların oranı 19 kat artarken, normal popülasyonda diyaliz tedavisine ihtiyaç duyan hastaların oranı yalnızca 6 kat artış göstermiştir. Yaşlı hastalarda aşağıda belirtilen unsurlardan 2 veya daha fazlasına sahip olma prognoz açısından olumsuzluğa işaret etmektedir.

1. ≥ 75 yaş
2. Komorbidite skoru yüksek hastalar (örneğin modifiye Charleston Mobilite skoru ≥ 8)
3. İleri düzeyde fonksiyonel kısıtlılık (örneğin Karnofsky performans durumu skoru < 40)
4. Ağır kronik malnütrisyon (örneğin serum albümin düzeyi < 2.5 g/dL)

“Yaşamın Sonunda” Diyaliz Tedavisi Farklı Özellikler Taşır

Çalışmalar ciddi, kronik bir başka hastalığı olan yaşlı hastaların birçoğunda; diyaliz tedavisinin yaşamı uzatmadığını göstermektedir.



İleri yaşta (>80 yaş) olan hastaları kapsayan bir başka çalışmada ise; diyaliz ile ilgili girişimlerin en önemli etkisinin, hastaların evleri yerine hastanede ölme olasılığını artırmak olduğu belirlenmiştir.

Bu nedenle nefrologlar, hekimleri söz konusu hastalara karşı dürüst davranarak; diyaliz tedavisi yerine bir hospis programına katılmaya yönlendirmeye çağırmaktadırlar. Sonuçta karar, bilgi sahibi hastaya aittir.

Non-Diyaliz Bakım Kılavuzu

Bu durum; hastanın diyalizden alıkonmasını değil, karşılıklı olarak başlamama kararı alınmasını yansıtır. Hastaya artık yaşamın sonuna yaklaştığı; ama palyatif bakım ile tıbbi, psikososyal ve manevi desteğin devam edeceği içinde yaşanan kültüre uygun bir dille anlatılır. Bu durumdaki hastalar için hazırlanmış kılavuzlara uygun konservatif bakım ilkeleri, hastanın huzur içinde hayatını tamamlamasını temin eder.

Öneri No: 12. Diyaliz Birimleri SDBY olan hastaların tedavisi için diyalizin gerektirdiği tıbbi bilgi ve becerilere sahip olmanın yanı sıra; ağrı ve diğer semptomları kontrol etme, ileri bakım planlarını hazırlama, etik, psikososyal ve manevi (diyalize başlama, durdurma, vb. ile de ilgili) destek verme konularını kapsayacak bir palyatif bakım hizmetine de sahip olmalıdır.

Yaşlı (≥ 75 yaş) SDBY Hastaları için Bilgilendirilmiş Onam'ın Olmazsa Olmazları:

- Diyaliz sağkalım avantajı sağlamayabilir
 - KBY (Evre 4) olan yaşlı hastaların önemli bir kısmı SDBY gelişmeden önce yaşamını kaybedebilir.
 - Hastaların büyük bir çoğunluğu, diyalizin ilk yılında yaşamını kaybeder veya belirgin fonksiyon kaybına uğrar.

- Diyalizin neden olabileceği sorunlar, yaşam kalitesini azaltabilir
 - Cerrahi - vasküler giriş veya periton kateteri yerleştirme
 - Diyalizde advers semptomlar – baş dönmesi, yorgunluk, kramplar ve diyaliz sonrası ‘iyi hissetmeme’
 - Diyalize gidiş – dönüşler için harcanan zaman ve maliyet
 - Diyalizde geçirilen uzun saatler → fizik aktivite için azalan zaman
- “Ölümün medikalizasyonu” - Boşuna – Yararsız tedavi
 - İnvaziv ve pahalı testler, girişimler ve hastane yatışları

KAYNAKÇA

1. Davison S. End-of-life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol 2010;5(2):195-204.
2. Davison SN, Simpson C. Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. BMJ 2006;333(7574):886.
3. Michel DM, Moss AH. Communicating prognosis in the dialysis consent process: A patient centered, guideline-supported approach. Adv Chronic Kidney Dis 2005;12:196-201.
4. Heyland DK, Allan DE, Rocker G, Dodek F, Pichora D, Gafni A, Canadian Researchers at the End-of-Life Network (CARENET). Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life. Open Medicine Journal 2009;3(2):e101-10.

ORGAN NAKLİ VE TIBBİ VASIYET

Doç. Dr. Taylan Özgür Sezer

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Genel Cerrahi A. D.

Transplantasyon (organ nakli): Vücutta görevini yerine getiremeyen bir organın veya dokunun yerine, canlı vericiden veya kadavradan alınan yeni ve sağlam bir organın cerrahi yöntemlerle nakledilmesi işlemidir. En sık böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas, ince bağırsak nakli yapılır.

Tıbbi Vasiyet: Hastalığın tedavisinin her hangi bir aşamasında karar verme yetisini kaybettikten sonra kendisine nelerin yapılmasını istediği yada istemediği ile ilgili sözlü yazılı bazen tanıklı dilek bildirmesidir.



Birinci hastamız 42 yaşında, erkek hasta, HBV'ye bağlı karaciğer yetmezliği tanısı nedeniyle yoğun bakımda yatmaktaydı. Genel durumu kötü ve hepatik ensefalopati kliniği mevcuttu. Karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri yüksekti. Bu hastada acil karaciğer transplant planlandı. Ancak bu hastanın tıbbi vesayeti olmadığı için birinci derece yakınlarından sözlü ve yazılı onam aldık.

İkinci hastamız 25 yaşında kadın hastaydı. Suisid amaçlı parasetamol entoksikasyonu nedeni ile tedavi amaçlı yoğun bakıma yatırılıyor. Ancak takiplerinde karaciğer yetmezliği gelişti. Genel durumu kötü, bilinç kapalı ve entübe idi. Hastaya acil karaciğer transplantasyonu planlandı. Bu hastasında tıbbi vesayeti olmadığı için anne ve babasında onay alınarak transplantasyon gerçekleştirildi.

Üçüncü hastamız ise; 45 yaşında erkek hasta, tabancayla suisid girişiminde bulunulmuş. Fizik muayenesinde sağ kulak posteriorda 1 adet kurşun giriş deliği mevcuttu. Genel durumu kötü, bilinç kapalı ve entübe idi. Beyin ölümü gerçekleşince hastanın vesayetinin olmaması nedeni ile organlarının bağışı için anne ve babasından onam alındı.

Daha önceden vesayetini bırakmış hastaların tedavisinde herhangi sorun yaşanmayabilir. Ancak yukarıda belirtilen olgularda tedavi ve organ bağışı daha tartışmalı olabilir.

Birinci hastanın bilinci kapalı olduğu için karar verme yetisi ortadan kalkmıştı ve bu durumda tedavinin devamı birinci derece yakınlarından olur alınarak devam edildi.

İkinci olgudada yine karar verme yetisi ortadan kalktığı için transplantasyon onayı anne ve babasından alınarak gerçekleşti. Ancak bu hasta zaten yaşamak istemediğinden böyle bir eyleme kalkıştığı düşünülürse belkide bilinci açık olsaydı transplantı kabul etmeyecekti.

Son hastada olayın oluş şekli ve sonucu üzücü olsada hasta tarafından bakılacak olursa istediği gibi sonuçlanmıştır. Beyin ölümü gerçekleşen bu hastanın organ bağışı yine birinci derece hasta yakınlarından onay alınarak gerçekleşti. Bu hastada belki bilinci açık olsaydı organ bağışını kabul etmeyecekti.

Organ bağışı kişi hayatta iken kendi isteği ile form doldurarak bütün organlarını veya istediği organını bağışlayabilir. Veya vücudunun tamamını bilimsel araştırma veya eğitim için BAĞIŞLAYABİLİR.

Bağışlayabilir kelimesini özellikle büyük yazma gereği hissettim aslında kulağa çokda hoş gelmiyor. Uluslararası birçok tıp merkezlerinin onam formlarında bu kelime gift (hediye) olarak geçmektedir. Yeni formlarda bağış yerine 'hediye etmek istiyorum' diye yazmak daha uygun olur.

3. OTURUM KATILIMCI KATKI RAPORU

Oturum Başkanları Prof. Dr. Cüneyt Hoşcoşkun,
Prof. Dr. Harun Yenice

Oturum Raportörü Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk

Prof. Dr. Fehmi Akçiçek ve Uzm. Dr. Taylan Özgür Sezer'in sunumlarının ardından oturum başkanları Prof. Dr. Cüneyt Hoşcoşkun ve Prof. Dr. Harun Yenice tarafından tıbbi vasiyet konusu sunumlar doğrultusunda tartışmaya açıldı.

Doç. Dr. Nil Tekin iki kardeş olan kuzenlerinin geçirdikleri bir trafik kazası sonrası yakınlarından birisinde beyin ölümü gerçekleşmesi sürecinde organ nakli için donör olunması konusunda yüz yüze geldiği bir durumu özetleyerek sağlık ekibinin öncelikle ikna edilebilir bir hasta yakını belirleyerek görüşmeyi başlattığını tanımladı. Öncelikle kendisi ile görüşüldüğünü; ancak bu konuda karar verme noktasında ikna edilebilir kişinin donör bireyin imam hatip mezunu, inançlı bir hakim olan babası olduğunun belirlendiğini ifade etti.

Babanın oğlunun başkalarına hayat vermeyi tercih edeceğine olan inancıyla hızla karar verebildiğini gözlemlediğinden hareketle insanların beyin ölümü durumunda nasıl karar vereceği yönündeki isteklerinin aile tarafından kesin olarak bilinmesi durumunda sağlıklı ve hızlı karar vermenin çok daha kolay olabildiğini gözlemlediğini ifade etti.



3. Oturum Katılımcı Katkı Raporu

Prof. Dr. Aysın Noyan yıllarca organ nakli ekipleriyle birlikte çalışmalar yürüttüğünü, vasiyet ve onam kavramlarının doğru tanımlanması ve birbirinden ayrılması gerektiğini belirtti. Sunumda tanımlanan Hepatik ensefalopati gelişen fulminan hepatit tanılı organ nakli ihtiyacı ortaya çıkmış olguda alıcının akut psikiyatrik hastalığının olmadığına belirlenmesi gerektiğini açıkladı. Organ naklinde alıcı olabilmek için tanımlanmış iki kesin kontrendikasyon olduğunu ifade etti:

1. Devam eden intihar düşüncesi ya da girişimi: Hasta uygun şekilde tedavi edilmemişse organı nakli yapıp iyileşse dahi intihar edebilir.
2. Süregiden madde kullanımı: Birey maddeden tamamen temizlenememişse nakil sonrası da madde kullanımını sürdürebilir.

Organ nakli uygulayan tüm merkezlerin uluslararası nitelikte kabul gören bu iki kontrendikasyonun varlığını yeterince değerlendirmediklerini belirtirken sunumda bahsi geçen olguya bu nedenle organ nakli yapılmamasının uygun olmadığını ifade etti. Organ alıcı ve verici olunması yönünden yapılan değerlendirmede iki önemli kriterin göz önünde bulundurulması gerekliliğini vurguladı:

1. Yetkinlik: Bireyin medeni haklarını kullanabilecek akıl ve ruh sağlığına sahip olması
2. Gönüllülük: Uygun şekilde onam vermesi

Mental retardasyon, akut psikoz gibi durumlarda kişinin yetkin olmaması gibi alıcının organ almak istememesinin (Örneğin karaciğer nakli ihtiyacı olan hastanın canlı verici olarak çocuğundan karaciğer almak istememesi) de kesin kontrendikasyon yaratacağını belirtmiş, bu kavramların psikiyatrist bakış açısıyla kayda geçilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu bireylerin

organ yada doku naklini reddetmesi halinde ikna edilmesi için psikiyatri kliniklerine yönlendirildiklerini ancak kişinin gönüllü olmaması halinin kesin kontrendikasyon olduğunu belirtmiştir.

Prof. Dr. Harun Akar kontrolsüz ağrı ve depresyon durumlarının tüm karar süreçlerini bozabileceğini bu süreçlerde diyalizden kesilme kararı veren bireylerin bu kararlarının sorgulanması ve optimal tedavi sonrası kararın gözden geçirilmesi gerekıp gerekmediğinin de tartışılmasını önerdi.

Prof. Dr. Fehmi Akçiçek bu duruma katıldığını belirtirken üreminin kendisinin de başlı başına karar mekanizmalarını etkileyebilecek bir neden olduğunu belirtti. Sunumunda yansıttığı hastada tedavi sonrası kararın gözden geçirilmesi gerektiğini belirtti. Ayrıca daha önce tabip olarak görev yapan 84 yaşında diyaliz uygulanan bir hastasında diyaliz sürecinde işleme karşı çok ciddi bir nefret geliştiğini ve elleriyle ayaklarıyla kapılardan tutunarak diyalize girmemeye çalıştığı örneğini verdi. Bu hastanın depresyon açısından durumunu hatırlamadığını ancak bazen büyük bir çaresizlik yaşandığını dile getirerek bu hastalarda depresyonun yeterince tedavi edilip edilmediğinin de bir başka tartışma konusu olduğunu belirtti.

Prof. Dr. Gökhan Akbulut diyalizi kabul etmeyen hastanın Türk ve İslam hukuku açısından değerlendirilmesi konusunun da tartışılmasını önerdi.

Ömer Ömeroğlu Biyotıp sözleşmesi 5. maddenin tedaviyi reddetme hakkını açıkça tanımladığını ancak bireyin tedaviyi reddetme durumunun özgür irade ile olup olmadığının önemli olduğunu vurguladı. Hastalığın verdiği ızdırabın

3. Oturum Katılımcı Katkı Raporu

etkisiyle veya içinde bulunduğu duruma eşlik eden depresyon nedeniyle değil de özgür irade ile tedaviyi reddetmenin söz konusu olabileceğini ifade etti. Ancak kişinin kararının özgür irade ile olup olmadığı konusunda hekimlerin yaptığı değerlendirme ve kayıtlar sonucunda karar verilmesi gerektiğini belirtirken hastanın normal hayatında benzer bir sorunla karşılaşsa tedaviyi reddedip etmeyeceğinin, hastalığın özgür iradeye etkisinin mutlaka tespit edilmesi gerektiğini ifade etti.

Prof. Dr. Özgür Ekin Aktaş sunumlardaki olgularda tartışmalı bir durum olmamasının nedeninin daha önce onam verme durumunun söz konusu olmamasıyla ilişkili olduğunu, eğer önceden verilmiş onam bulunsaydı tartışılabilceğini belirtti. Tedavisi olanaksız hastalıkların seyrinde yapılan işlem kür sağlamaya veya yaşam desteği sağlamaya yönelik değilse tıbben tedavinin gerekli veya zorunlu kabul edilemeyeceğini ifade etti. Bir müdahalenin tıbbi işlem sayılabilmesi için önce zarar verilmemesi ve etik ilkeler gereği mümkünse yararlılık durumunun gözetilmesi gerektiğinden zarar vermeme veya yararlılık amacını taşımayan işlemlerin yapılmaması halinde sorumluluk oluşmayacağını açıkladı. Zarar verecek durumların ise sorumluluk ortaya çıkaracağını, hukuken tıbben ve etik olarak sorun olacağını belirtti. Palyatif bakım uygulamaları gibi terminal dönem hastaların yaşamını konforlu hale getirmeye yönelik destek tedavilerin ise yaşam konforunu artırma yararı için gerekli ve yapılması önerilen tedaviler olduğunu tanımladı. Tıbbi vasiyet ile ilgili olarak kendi kişisel düşüncesinin ise yaşam hakkı ve bunun devamı olan sağlık ve tedavi hakkı bağlamında kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar olduğunu ve kişinin kararının önemsenmesi gerektiği yönünde olduğunu söyledi. Bu kararı verirken ise iki önemli durumun değerlendirilmesini vurguladı.

1. Kişinin bilinci açıkken yetkinliğinin tespit edilmiş olması
2. Bireyin akut dönemde hastalığıyla ilgili tam bilgi sahibi olup olmadığının belirlenmesi neticesinde, kaygılarının giderilmesi ve akut dönemde tanımlanan erken psikolojik reaksiyonlar nedeniyle değişebilecek görüşlerin bir süre sonra konfirme edilmesinde yarar olduğu

Hastalığa bağlı aileye yük olma endişesi, akut stres ve depresyon gibi durumların kişinin iradesini sakatlayabileceğini, korkutma, hastalığın sonuçlarını tam açıklamama veya aldatma gibi hastalıkla ilgili yararlı şeyleri yapmama durumunda iradeyi sakatlayan haller varlığında kişinin kararının geçerliliğinin tartışılır olacağını ifade etmiştir. Hekimin hastaya yarar sağlamayan bir tedavide zorunlu bir tedavinin sorumluluğunu yükleyemeyeceğini de vurgulamıştır.

Bilinci kapalı hastayla ilgili karar verilmesiyle ilgili ise Türk Medeni Kanundaki velayet, vesayet, kayyum gibi durumların acil durumlardaki tıbbi uygulamalarda yeterince hızlı, esnek ve düzgün işletilemediğini belirtmiştir. Kişinin yakınları arasında çatışma söz konusu olursa kimin görüşü doğrultusunda işlem yapılacağı gibi bir düzenleme bulunmadığını, bununla ilgili tıpkı miras hukukundaki gibi bir düzenleme yapılmasının acil olarak gerektiğini ifade etmiştir. Örneğin alt soy, alt soy bulunmuyorsa üst soy ve hısımlar gibi görüşüne ağırlık ve ehemmiyet verilecek kişilerin belirlenmesi gerektiğini, doktorun kimin görüşünü esas alacağı hususunun berraklaştırılmasının zaruret arz ettiğini dile getirmiştir. Kişinin yaşam süresini kısaltmaya yönelik hiçbir uygulamanın uygun ve doğru kabul edilemeyeceği üzerinde durmuştur. Oksijen tedavisinin oda havası seviyesine indirilmesinin yanlış yorumlanması ve algılanması ciddi sorumluluk getiren uygulamalar arasında olduğu örneğini de sunmuştur.

Aydınlatılmış onam ile ilgili de konfüzyon olduğunu tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kıldığı görüşünün hakim ve temel kabul edildiğini ancak kişi noterden imza dahi verse adam öldürme suçunu hukuka uygun kılmayacağı örneğinden hareketle onam verilmiş olmasının hukuka aykırı işlem yapma hakkı sağlamadığını söylemiştir. Aydınlatılmış onamın tüm işlemleri hukuka uygun kılan neden olmadığından yanlış anlaşılan bir kavram olduğunu belirtmiştir.

3. Oturum Katılımcı Katkı Raporu

Do not resuscitate (DNR) kavramının da düzeltilmesi gerektiğini düşündüğünü belirterek örneğin inoperable bir kanserde yararsız olacağı gerçeğiyle ameliyat yapılmaması uygun görülüyorsa resusitasyonun da gereksiz ya da yararsız olduğu durumlar için “irresusitable” gibi bir kavram geliştirilmesi gerektiğini önermiştir.

Hekimlerin bu konuda olumsuz deneyim, kaygıları olduğunu, sorumluluğu belirli bir yere atmak veya bilimsel kaygı yönüyle takdir haklarından vazgeçmelerinin ise “tıbbın mekanikleşmesi” sonucunu doğuracağını; tıbbın mekanikleşmesinin ise tıbbı yapılacak en büyük ihanet kabul edilebileceği kanısında olduğunu dile getirmiştir.

Hukuk ve tıbbın hayata bakışının benzer olduğunu ifade etmiştir. Tıp alanında kullanılan “Hastalık yoktur, hasta vardır” bakışıyla tüm hastalarda aynı tedavi uygulanmadığını; Hukuk alanında ise “somut olayın özelliğine göre” değerlendirilmesinin iki farklı adam öldürme davasının aynı hukuki sonucu doğurmadığı örneğiyle yaşanan olayın kendine ait özelliklerin iyi kaydedilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Hasta ya da yakınlarıyla yaşanan çatışmaların tamamında hukuki değerlendirmenin retrospektif yapıldığını, hiç kimsenin her durumu potansiyel sonuç doğuracak vaka diye kameraya çekmediğini vurgulamıştır. Retrospektif değerlendirmenin tamamının ise kayıtlar üzerinden yürütüldüğünü, mükemmel bir iş yapılırsa dahi düzgün, anlaşılır ve gerekçeleri ifade eder şekilde kaydedilmemesi durumunda sorumlu duruma düşüleceğini hatırlatmıştır.

Prof. Dr. Aktaş son olarak ise 3 temel noktaya vurgu yapmıştır.

1. Yaşamın son dönemiyle ilgili tıbbi direktifler tartışılması gereken tıbbi ihtiyaçlardandır.
2. Gereksiz tedavi ile yaşamın uzatılması hasta, yakınları ve ülkenin sağlık kaynakları açısından incelenmelidir.

3. Hukuki kavramların sağlık hizmetlerini kapsamaları konusunda ihtiyaca yanıt vermedeki eksiklikleri olduğuna ve sistemin içinden gelen (sağlık hizmeti sunan) insanların bu konuda gerekçelendirilerek gerekli mercilere talepte bulunmasının önemine vurgu yaparken; Anglosakson ülkelerinde kullanılan modelleri örnek alıp onlara ait kılavuzları kullanmanın ciddi sorumluluk hallerinde tıbben uygun bulunsa da, hukuka uygunluk anlamına gelmeyeceğini dile getirmiştir.

Ahmet Ekşi öncelikle kavramlarla ilgili kargaşa olabildiğini gördüğünü vasiyet/ vesayet kavramlarının karıştığını düşündüğünü, tartışılan durumun vasiyet olduğunu vurgulamıştır. Son sunumda “bağış” yerine “hediye” ifadesinin kullanılmasının önerildiğini; aslında Türkçede ikisi arasında fark olmadığını, her ikisinde de “karşılıksız verme” söz konusu olduğunu belirtmiştir. Tıbbi vasiyet bağlamında organ naklini tartışmanın uygun olmadığını düşünen Ekşi; sağlıklı ve bilinci yerinde olan kişi organ nakli için onam verdiğinde verilen kartlar yasal dayanak oluşturmaya da bilinç kapandığı durumda organ bağışlanabilmesi gerektiğini belirtmiştir. Tıbbi vasiyetin bundan farklı olduğunu düşündüğünü, tıbbi vasiyette ileride ne olacağı nasıl seyredeceği tabir yerindeyse bilinmeyen bir hususta talimat verileceği, bilinmezlik halinin ise yapılan bir işlemin hukuken geçersizlik nedeni olduğunu belirtmiş, ileride hangi hastalığa yakalanacağımızı, hastalığın nasıl seyredeceğini, hangi aşamada ne isteyeceğimizi öngörmenin mümkün olmadığını söylemiştir.

Organ nakli onamı ile tıbbi vasiyetin aynı kategoride değerlendirilmesi durumunda ülkemizde epey mesafe kat edilen organ bağışı konusunda geriye gidilebileceğini düşündüğünü, organ bağışı hususunda artık 90’lı yıllardaki gibi caiz olup olmadığı gibi konuların tartışılmadığını, sadece şartlarının zaman zaman tartışma konusu yapıldığını diyanetin resmi görüşünün de bu yönde olduğunu belirtmiştir. Beyin ölümü gerçekleştiğinde veli, vasi onamıyla organ bağışlanabildiğini bu durumun şahsın yakınları



3. Oturum Katılımcı Katkı Raporu

boyutuyla değerlendirilmesi gerektiğini, yakınların ikna edilmesinin en büyük sorunlardan olduğunu ifade etmiştir. Onların da ahiret inancı yönündeki tereddütlerinin epeyce aşılmakla birlikte Hadis-i Şerifte bahsi geçen “insanın ölüsü kadar dirisi de kıymetlidir” ifadesinden hareketle organ nakliyle ilgili tereddüt ettiklerini, en önemli tereddütün organ bağışçısına da organ alınırken cerrahi hassasiyetin gösterilmesi olduğunu, bunların aşılmasında hekimlerin yaklaşımının önem arz ettiğini; şimdilik organ bağışı ile tıbbi vasiyet arasındaki farkın gözetilmesinde fayda bulunduğunu vurgulamıştır.

Prof. Dr. Ayşin Noyan bu tartışmada “organ nakli” ve “tıbbi vasiyet” konuları arasındaki ilişkinin son döneme ulaşmış organ bağışı ihtiyacı olan bireyin ihtiyacı olmadan önceki beyanının önemsenmesi boyutuyla tartışıldığını, kişinin bedeni hakkında karar vermesi yönüyle benzerlikler olduğunu ifade etmiştir.

Prof. Dr. Özgür Ekin Aktaş ise Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 25’in meşru müdafaaı tanımladığını, hekimin bir başka kişinin kaçınılması mümkün olmayan ölümünü engellediğinde cezai sorumsuzluk haline yol açacağını belirtmiştir. Kadavradan organ nakli TCK 25 kapsamında değerlendirilecek olursa organ nakli ile ilgili suçları tanımlayan TCK 91 bağlamında sorumsuzluk oluşturabileceğini ancak hekimlerin bu yöndeki korkuları nedeniyle yargıya yansıyan dava bulunmadığını beyan etmiştir.

Prof. Dr. Harun Yenice sunumlar boyutuyla konunun kısmen aydınlığa kavuştuğu ve süre sınırlaması nedeniyle değerlendirmelerin sonlandırılmasını; “Genel değerlendirme ve konsensus raporu” başlıklı son oturumda farklı boyutların tartışılmasını önererek oturumu sonlandırmıştır.

GENEL DEĞERLENDİRME VE KONSENSUS RAPORU

28 Mayıs 2015 / 17.00 - 18.00

Başkanlar

Doç. Dr. Sevnaz Şahin

Doç. Dr. Nil Tekin

Raportörler

Psikolog Mevlüt Ülgen

Uzm. Dr. Deniz Sürmeli Mut

GENEL DEĞERLENDİRME VE KONSENSUS RAPORU

Başkanlar Doç.Dr. Sevnaz Şahin
Doç.Dr. Nil Tekin

Raportörler Psikolog Mevlüt Ülgen
Uzm.Dr. Deniz Sürmeli Mut

Oturum başkanları gün boyu konuşulan konuları özetlediler. Katkı ve öneriler için son sözü katılımcılara verdiler.

Yük. Hemşire Gönül Düzgün: Palyatif bakıma hemşire olarak nasıl faydamız olabilir diye düşündüğümde, her hasta farklı ve özeldir. Palyatif bakıma standartlar getirmeye çalışsak da hastalara kişiye özel bakım olanakları getirilmelidir. Kılavuzlar baz alınarak yapılan değerlendirmeler tabi ki doğru olsa da bazen yapılacak standart dışı yaklaşımlar da hasta sağlığı açısından fayda sağlayabilmektedir, her zaman opsiyon bırakılmalı. Sosyologların da bu konuda bize yardımcı olabileceğini düşünüyorum. Bu konunun onların bakış açısıyla da değerlendirildiğinde farklı görüşler ortaya çıkacağını düşünüyorum.

Gülay Dirik: Tıbbi vasiyet ile ilgili hiçbir çalışmam yok. Bizler başkaları için karar veriyoruz tamam ama kendimiz için böyle bir kararı verebilmenin zor olacağını düşünüyorum. Kişinin depresyon gibi bir hastalığı varsa tedavi sonrası bu kararı vermesi doğru olacaktır. İnsanların sağlıklı iken kendileri için tıbbi vasiyet yazmaları da ne kadar doğru olacaktır tartışmalı bence. Kişi ne derece de bu kararı sağlıklı olarak verebilir ki? İnsanın yapılacak değerlendirme ve görüşler sonrasında farklı fikir verebilmesi de olasıdır. Direkt o süreç içinde kişilerin doğru karar verememesi söz konusu olabilecektir. Bu süreçte psikiyatristler gibi destek alınabilecek kişilerin olması doğru karara vardiyecektir. Ama bazı çelişen noktalar da var bence. Tedaviyi reddetme hakkımız var ama yaşamı tehdit edecek durumda müdahale edilmesi şartı da var mesela.

Dr. Nurgül Kocakoç (İzmir Güney Sekreterliği): Sağlık hukukunda yaşlı hakları, özellikle yaşlıların sosyal hakları ile ilgilendim. Bir hekim olarak bana ötenazi yapılmasını isterim, kendi adıma DNR kararına da evet derim ama bir hastaya ötenazi uygulayabilir miyim kısmında ise bir hekim olarak bunu yapabilir miyim diye hep düşünmüşümdür. Ülkemizde bu konuda büyük bir boşluk olduğunu düşünüyorum.

Sosyal hizmet Uzm. Nadir MAŞALACI: Ben doktor değilim. Her ölüm tabi ki erkendir. Ölüm kötü bir şey ama ölmek istiyorsam da karar biz de olmalı, hayat çok tatlı. Kafam çok karıştı benim. Hasta hakkında bir karar alınacaksa illa ki tarafların yani hasta yakınlarının da görüşü alınmalıdır. Bunun için kanun çıkacaksa da hasta yakınlarının da görüşü alınmalı. Kabul edilebilir, katılınabilir bir kanun olmalı. Ölen kişinin yakınları da çok önemli, bu yasal süreç dahil edilmeleri gerekir. Babam vefat ettiği günler aklıma geldi bu konuşmalarda; evet babamın organlarıyla başkalarını yaşatmak isterdim ama o an dram yaşıyorsunuz, zor bir süreç. Bu oturumdan gerçekten faydalandım.



Prof.Dr. İsmail TUFAN: Bugün bu tartışılan konu hukuki mevzuat eksikliği ve kültürel farklılıklardan kaynaklanan bir sorun. Hospis kavramını önemsemek gerekiyor ki bu bir çözüm olabilir gerçekten. Hospis neden önemli? Gelecek yıllarda 80 yaş üzeri kişi oranının %300 artması bekleniyor. Hospis kavramının Türkiye’de bakım politikalarında yer alması gerekmekte. Ölüm kararını verecek kişilerin de mutlaka eğitimden geçmesi gerektiği açıktır.

Prof.Dr. Fehmi Akçiçek: Hastanelerimizde avukatlarımız var, ancak işin içinde ölüm ve metafizik gibi bir konu varsa tartışmalar illa ki olmaktadır. Bugünkü ana konumuz bunun altında yatan düşünce bozukluğunu kavramaktır. İnsan hayatında nelerin önemli olduğunu daha iyi kavramalı. Tıbbın konusu ölüm değil, ölüm anına kadar olan süreçtir. Sonrası ilahiyatçıları ilgilendirmektedir. Bizler karşımızdaki hastayı mekanik bir parça olarak görmemeliyiz. Meslektaşlarımızla bu konuyu daha iyi nasıl anlayabiliriz diye esas buna önem vermeliyiz. Yoksa kendimizi tam olarak nasıl güven altına alabilirizi tartışmak doğru olmayacaktır.

Prof.Dr. Mehmet Uyar: Türkiye’de 27.000 yoğun bakım yatağı var ve gerçekten non-efektif kullanılmaktadır. Yapılan değerlendirmelerde ortaya çıkan tablo gerçekten kötü. Hastanelerimizde uygunsuz yatışları önlemek için palyatif bakım birimleri kuruldu, belki de sonraki aşama palyatif bakım ve hospislerin kurulmasını zorunlu hale getirilecektir. Yoğun bakımda yatması gereken kişilerin kademelere göre, aşamalı olarak palyatif bakım ve sonrasında da hospislere geçmesi gibi durumlar olabilir ve bu gereksiz yoğunbakım yatışlarının önüne geçilebilecektir. Bence de bu çalıştay toplum yararı için çok yararlı oldu.

Psikolog Mevlüt Ülgen: İnsanlık tarihinde hep bu tür kafa karışıklıkları olmuştur. Bazı noktalara- şu an geçerli olsa da- 10-20 yıl önce bunlara izin verilmemekteydi. Gereksiz, yararsız tedavilerin verilmemesi daha yararlı olacaktır. Bu anlamda insanın özgür iradesi ile karar verme hakkı olmalı.

Kişinin yaşamının devam ettirilmesi kim için? Kendisi için? Yakınları için? Bizim için? Sağlık endüstrisi, ilaç endüstrisi bu kararlarda ne kadar etkili olmaktadır? Vasiyet,ötenazi kavramları, tedaviyi reddetme hakkı halen net değildir.İnsan olarak gereksiz tedavi,ıstırap ve acıdan kurtulmayı hak etmek esas olandır.

Prof.Dr. Sibel Eyigör: Bundan 10 yıl önce Sağlık Bakanlığı ve diğer kurum-larda bunlar konuşulmuyordu. Bu bir rapor değerinde olacağından hasta ile karşılaşılan her yerde bu konuların bir eğitim programı şeklinde eklenmesi gerektiğini düşünüyorum.

Prof. Dr. Meltem Uyar: Ben de bu toplantıda çok faydalandım. İhmal edilen bir durum var; Sağlık Bakanlığı hospislerde çok yabancı kaynak olacağını düşünüyor ama en azından bir atılımı var. Ağrı tedavisinde, algoloji ile ilgili yapılan alanlarda, çok hızlı bir araştırma ve eğitim ile sağlık çalışanlarının etkin rol alması gerekiyor.

Filiz hanım: Öncelikle hospislere önem verilmeli. Bizim avantajımız, Türk toplumu olarak yalnız değiliz, aile kavramı bizim için önemli ve kişi baş edilmesi zor bir hastalık ile karşılaştığında aile kavramı daha da önemli bir hal alıp öne çıkmakta. Ayrıca sağlık profesyonelleri olarak hasta ve hasta yakınlarına da tıbbi vasiyet konusunda gerekli eğitimin verilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Ahmet EKŞİ: Gerçek şu ki insanoğlunun fıtratında ölümsüzlük arzusu vardır. Şeytan Hz. Adem'e yaklaştığına Allah şunu emretmiştir: 'sadece şu ağacın meyvesinden yeme'. İnsanoğlunun ölümsüzlük duygusuna yenik düşmesi ile şeytan onu aldatmıştır. Herkese ayrı ayrı teşekkür ederim.

Prof. Dr. Aysin Noyan: Bu söz Hz. Adem' e söylenmiş ama burada yoğun ve ciddi bir mecaz vardır. İnsanın aklını kullanması ile ilgilidir bu. Kendimiz ve etrafımızda bir farkındalık oluşturma çabasıdır bu.



Mehmet Akyol: (Sağlık hukuku öğrencisi): DNR; boşa tedavi olarak Türkçeleştirilmiştir. Canlandırmama terimi bizi yanlış yerlere götürmektedir. Özellikle bakanlık da yine bu terimi kullanmaktadır.

Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk: Tıbbi vasiyette boşa tedavi kavramı kriterleri belirlenmeden bunu tartışmamız pek mümkün değil. Boşa tedaviyi biz belirleyip anlatmadan bunun ötenazi ile karışmasını engelleyemeyeceğiz. Hastaya cerrah in-operable olduğunu söylediğinde herkes bunu kabul ederken DNR denmesinde herkes aynı fikirde olmamaktadır. Bizim bu konuları hasta yakınları ile konuşurken hasta yakınları ile birebir olacağımız bilgilendirme birimleri yapılabilir. Yine iletişim eğitimlerinin artırılması bunun için bir başlangıç olabilir.

Prof. Dr. Gökhan Akbulut: 3. çalıştayın bir zorluğu da şu ki biz her bir çalıştay sonrası önemli mesafeler katettik. Ama bu konu halen net görüş birliğinin olamadığı bir konu. Daha önceki çalıştayda hospis konuşulmuştu. Ülkenin kültürel yapısı da sürekli değişmekte. Şu an toplumun %75'i büyük şehirlere göç etmiş durumda. Biz teknolojik gelişmelerle bunu takip edip, kronik hastalıkları uzun süre yaşatabiliyoruz. Bu hastalar arasında da sosyal, psikolojik sorunları olan bir grup ile karşı karşıya kalacağız. Bu işin metafizik kısmı da insanın hayatıyla vedalaşmasıdır. Tıbbi vasiyetin metafizik boyutu ve felsefi bir boyutu da var. Manevi ve hukuki boyutuna farklı açılardan bakıyoruz. Bu süreçle ilk yüzleşen bizleriz. Din adamlarının da bu sürece katılması lazım, kurallar zaman içinde ihtiyaçlara göre değişebilir. Bugünün tüm tartışmalarını belki bir paragrafta toparlayarak medyayla da paylaşmalıyız. Kitap hazırlar isek belki felsefecilerin, ilahiyatçıların bakış açılarını da buraya eklemeliyiz. Bu konuların herkese ulaşmasını kitap haliyle sağlayabiliriz. Buradan çıkacak ürün ve fikirlerin bunu sağlayacağını düşünüyorum ancak yine de alınacak daha çok yolumuz var. Tıpkı organ naklinde olduğu gibi bir konsey ortamı yaratılabilir.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

“Tepecik Benim Hastanem”



Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Merkez Binası

